



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:  <i>Verónica Vilchis Rubio</i>	2/ NIVEL:  <i>16</i>	3/ FECHA:  <i>09-Agosto-17</i>
	4/ RANGO:  <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$  <i>140</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

*Subdirección de Salud*

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

*Supervisión a la Clínica Regional Amecameca*

**PAGADO**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

*MFR 1392*

9/ Km. INICIAL

*129.3*

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

12/ Km. FINAL

*258.6*

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

*Verónica Vilchis Rubio*

*Dulcira Y. Cosme Colborth*

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.