



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>Yodira Martínez Pacheco</b>		2/ NIVEL:	3/ FECHA: <b>27 Jul 2017</b>
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <b>140.00</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Delegación Administrativa de Servicios de Salud</b>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>Realizar Supervisión al Hospital Regional Nicolás Bravo</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>122890</b>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: <b>MNY-7694</b>		12/ Km. FINAL <b>122090</b>	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <b>Yodira Martínez Pacheco</b> <i>Yodira</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <b>Betha del C. Sanchez Garcia</b>	

**PAGADO**

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