

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>María Guadalupe Romero Sánchez</i>	2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>09/08/17</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>

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

Delegación Administrativa de la C.S. Salud

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

Supervisión al Hospital General de la C.S. Salud

PAGADO

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: <i>MNY-7694</i>	9/ Km. INICIAL <i>123110</i>	10/ CON GASOLINA <i>X</i>	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <i>123379</i>		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>María Guadalupe Romero Sánchez</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Bertha del Carmen Sánchez García</i>
--	---

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

X