



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

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

PAGADO

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