

PAGO DE VIATICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

Yadira Martinez Pacheco

2/ NIVEL:

11

3/ FECHA:

22 Ago 17

4/ RANGO:

2

5/ IMPORTE: \$

140.⁰⁰

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

Delegación Administrativa de Servicios de Salud

PAGADO

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

Supervisión al Hospital Regional Tlaxepantla

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

12446

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

MNY-7694

12/ Km. FINAL

124664

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Yadira Martinez Pacheco
Yadira

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Betha Sanchez Garcia

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

2