



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:  
JOSE MANUEL ROBLES FERNANDEZ

2/ NIVEL:19

3/ FECHA: 21/08/2017

4/ RANGO:2

5/ IMPORTE:\$140.00

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

**PAGADO**

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)  
SUPERVISIÓN A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA LOS REYES LA PAZ, EVALUACIÓN DEL CADI

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL  
124221

10 / CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

10. DE MATRICULA:

MNY 7694

12 / Km. FINAL  
124408

X

13 / NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14 / FIRMA DE AUTORIZACIÓN

JOSE MANUEL ROBLES FERNANDEZ

BERTHA DEL CARMEN SANCHEZ GARCIA

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