



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Gabriela Plaado de la Cruz		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 04 Sep 17
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Delegación Administrativa de la Coordinación de SS		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Supervisión a la Clínica de Consulta Externa Jiloteped			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 183600	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: MEU-3206		12/ Km. FINAL 183555	11/ SIN GASOLINA

PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Gabriela Plaado de la Cruz	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN H. C. Berthold C. Sánchez García
--	--

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