

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL: 17

3/ FECHA: 05/Sept/2017

Isela Karina Piña Garay

4/ RANGO: 4

5/ IMPORTE: \$ 140-

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

Delegación Administrativa

PAGADO

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

Entrega de documentación en la Clin. Reg. Ixtapan de la Sa

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

183995

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA: MBU-3206

12/ Km. FINAL

184190

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Isela Karina Piña Garay

Lic. Bertha del C. Sanchez G

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