

PAGO DE VIATICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Yadira Martinez Pacheco</i>	2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>05 Sep 17</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.00</i>

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)  
*Supervisión al Hospital Regional Tenancingo*

**PAGADO**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: <i>NEU-3200</i>	9/ Km. INICIAL <i>183555</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <i>184190</i>	<i>X</i>	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Yadira Martinez Pacheco</i> <i>Yadira</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Bertha de C. Sanchez Garcia</i>
--	---

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