

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 <i>X</i> | 11/ SIN GASOLINA |
| | 12/ Km. FINAL <i>184190</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.