



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 04 Sep 2017
Yadira Martinez Pacheco	4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140. ⁰⁰

6/ 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 a la Clínica de Consulta externa de Jilotapee

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 183680	10/ CON GASOLINA X	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRICULA: MEV-3206		

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

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