



PAGO DE VIATIGOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Juaney Argely Medina Juarez</i>	2/ NIVEL: <i>II</i>	3/ FECHA: <i>02-OCTUBRE-2017</i>
	4/ RANGO: <i>02</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>\$ 140</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Coordinación de los servicios de Salud

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) *Ubicada: Unidad de atención al derechohabiente en Naucalpan.*
Supervisión.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>174110</i>	10/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRICULA: <i>MEU-3199</i>		

PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Juaney Argely Medina Juarez</i> <i>[Firma]</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>[Firma]</i> <i>Patricia del C. Sanchez Garcia</i>
--	---

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