



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Yadira Martinez Pacheco</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>19 Oct 2017</i>	
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.⁰⁰</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Delegación Administrativa de Servicios de Salud</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervision al Hospital Regional Nezahualcoyotl</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>18 001 301</i>		12/ Km. FINAL		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Yadira Martinez Pacheco</i> <i>Yadira</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Bertha 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.				