



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 10	3/FECHA: 14-JUNIO-2017	
SERGIO ANTONIO VÁZQUEZ VÁZQUEZ.		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140⁰⁰	
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
Departamento de Evaluación y Supervisión				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) SE ACUOE A REALIZAR LA SUPERVISIÓN DE LA CLINICA REGIONAL AMECAMECA CON MOTIVO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN				
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/Km. INICIAL	10/CON GASOLINA	11/SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		216784		
No. DE MATRÍCULA		12/Km. FINAL	X	
		216932		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 SERGIO A. VÁZQUEZ VÁZQUEZ.				
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				