



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 10	3/FECHA: 05-Julio-2017	
Vázquez Vázquez Sergio Antonio		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140 ⁰⁰	
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) de la Clínica de Consulta Externa Ixtapalucan con motivo del proceso de Acreditación Se acude a realizar la supervisión				
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/Km. INICIAL	10/CON GASOLINA	11/SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		218779		
No. DE MATRÍCULA		12/Km. FINAL	X	
		218892		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Sergio Antonio Vázquez Vázquez			 Ramón Luis Berreto Cruz	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				