



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |  |                         |                          |                 |  |
|---|--|-------------------------|--------------------------|-----------------|--|
| 1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br>Vazquez Vazquez Sergio<br>Antonio   |  | 2/NIVEL:<br>10          | 3/FECHA:<br>09/11/17     |                 |  |
|   |  | 4/RANGO:<br>2           | 5/IMPORTE: \$<br>140-    |                 |  |
| 6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br>Departamento de Evaluación y Supervisión  |  |                         |                          |                 |  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Se acude a realizar supervisión de la Clínica de Consulta Externa Ixtapaluca con motivo de proceso de acreditación |  |                         |                          |                 |  |
| 8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR   |  | 9/Km. INICIAL<br>228238 | 10/CON GASOLINA          | 11/SIN GASOLINA |  |
| No. DE MATRÍCULA<br>HEV 3211  |  | 12/Km. FINAL<br>228349  | X                        |                 |  |
| 13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  |  |                         | 14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN |                 |  |
| Vazquez Vazquez Sergio Antonio  |  |                         | Ramón Luis Barreto Cruz  |                 |  |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO   |  |                         |                          |                 |  |