



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL:	3/FECHA:
Vázquez Vázquez Sergio Antonio		10	05-Julio-2017
		4/RANGO:	5/IMPORTE: \$
		2	140 <sup>00</sup>
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
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		218779	11/SIN GASOLINA
No. DE MATRÍCULA		12/Km. FINAL	
		218892	X
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			