



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 2.3	3/FECHA: 07-Marzo-2017
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 106.00
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S))		PAGADO	
Subdirección de Atención Médica Supervisar el Sistema de Salud Integrales de Calidad y con Enfoque Familiar 7 de marzo del 2017 al Hospital Regional Tejupilco			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:	9/KM. INICIAL: 135275	10/CON GASOLINA: <input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	12/KM. FINAL: 135494	11/SIN GASOLINA: <input type="checkbox"/>	
NO. DE MATRÍCULA:	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		Firma del empleado	
Lucía Angélica Albarrán Calderón		Alma Edith Soriano Sánchez	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO