

## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |  |   |                                 |
|---|--|---|---------------------------------|
| 1/NOMBRE DEL SOLICITANTE:<br>Silvia Cruz Romero   |  | 2/NIVEL: 4  | 3/FECHA: 07-Marzo-2017          |
|   |  | 4/RANGO: 2  | 5/IMPORTE: \$ 190 <sup>00</sup> |
| 6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br>Departamento de Atención en Enfermería                              |  |   |                                 |
| 7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S))<br>Supervisión a los diferentes programas del área de enfermería<br>Hosp. Reg. Tepic |  |   |                                 |
| 8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR                                 |  | <b>PAGADO</b>   |                                 |
| 9/KM. INICIAL: 135273   |  |   |                                 |
| NO. DE MATRÍCULA: LEM166  |  | 12/KM. FINAL: 135494  | 11/SIN GASOLINA: SI             |
| 13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br>Silvia Cruz Romero  |  | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br>Dir. Enf. Gloria Martínez Zapata |                                 |

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