



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Silvia Cruz Romero</i>		2/NIVEL: <i>1</i>	3/FECHA: <i>12-Abril-2017</i>
		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140⁰⁰</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Atención en Enfermería</i>			
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) <i>Supervisión al área de enfermería (Programas del Departamento)</i> <i>CCE San Pedro Unión</i>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL: <i>1302</i>	10/CON GASOLINA: <i>SI</i>	
NO. DE MATRÍCULA: <i>145-1019</i>	12/KM. FINAL: <i>1381</i>	11/SIN GASOLINA: PAGADO	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Silvia Cruz Romero</i> <i>[Signature]</i>		14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> <i>Enc. Gloria Martínez Zepeda</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			