

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

Cesar Damian Cegudo Castellanos

2/ NIVEL:

11

3/ FECHA:

27/14/17

4/ RANGO:

2

5/ IMPORTE: \$

280

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

Departamento de Medicina Familiar

PAGADO

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

Traslado de personal medico al H R T. Luncapunta

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

MFR 1342

9/ Km. INICIAL

116268

12/ Km. FINAL

116825

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

17

Cesar Damian Cegudo Castellanos Dra. Alma Edith Severino Sanchez

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