



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Julietta Alvarado Ocampo</i>		2/NIVEL: <i>5</i>	3/FECHA: <i>9-Mayo 2017</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Tercer Nivel de atención y Med. Familiar</i>		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>190.00</i>
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) <i>Supervisión al área de Trabajo Social y Relaciones Públicas</i>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: <i>360 132</i>	10/CON GASOLINA: <input checked="" type="checkbox"/>
NO. DE MATRÍCULA: <i>JRM 1166</i>		12/KM. FINAL: <i>360 292</i>	11/SIN GASOLINA: <input type="checkbox"/>
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Julietta Alvarado Ocampo</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Alma Edith Sánchez</i>	

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

PAGADO