

# PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |                    |                             |
|---|--------------------|-----------------------------|
| 1/NOMBRE DEL SOLICITANTE:<br><br><b>JONATHAN MARLON GARCÍA CHANOCUA</b> | 2/NIVEL: <b>12</b> | 3/FECHA: <b>19/05/17</b>    |
|   | 4/RANGO: <b>2</b>  | 5/IMPORTE: <b>\$ 280.00</b> |

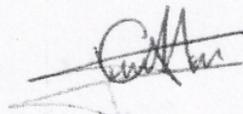
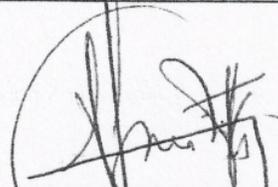
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))

**SE ASISTIÓ A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA CHIMALHUACÁN A TRASLADO DE LA DRA. ROSA MARTHA MEDINA PEÑALOZA DIRECTORA DE ATENCIÓN A LA SALUD**

|   |                               |                  |                  |
|---|-------------------------------|------------------|------------------|
| 8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | 9/KM. INICIAL:<br><b>2178</b> | 10/CON GASOLINA: | 11/SIN GASOLINA: |
| NO. DE MATRÍCULA: <b>NAS-1019</b>   | 12/KM. FINAL:<br><b>2470</b>  | <b>SI LlENO</b>  |                  |

|   |   |
|---|---|
| 13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN   |
| <br><br><b>JONATHAN MARLON GARCÍA CHANOCUA</b> | <br><br><b>DRA. ALMA EDITH SEVERIANO SÁNCHEZ</b> |

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