



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 5	3/FECHA: 22-05-2017	
Julieta Alvarado Ocampo		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140. ⁰⁰	
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
Subdirección de Atención Médica Departamento de Medicina Familiar				
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)				
Supervisión de Trabajo Social y Rel. Públicas del Cons. Villa de Allende				
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		32697		
NO. DE MATRÍCULA:		12/KM. FINAL:	Si	
NAS-1013		33128		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Julieta Alvarado Ocampo			Cilma Edith Saenzano Sanchez	
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ. REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				