



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Odette Cacares Ter Veer</i>		2/NIVEL: <i>20</i>	3/FECHA: <i>22/05/17</i>		
		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>1400</i>		
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdireccion de Atencion Medica Departamento Medicina Familiar</i>					
7/JUSTIFICACIÓN : MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S) <i>Supervision de Trabajo Social y Relaciones Publicas Cons Villa Atlacoch</i>					
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: <i>32697</i>	10/CON GASOLINA: <i>si</i>	11/SIN GASOLINA:	
NO. DE MATRÍCULA:		12/KM. FINAL: <i>33128</i>			
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Odette Cacares Ter Veer</i>			14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Alma Edith Guerrero Sanchez</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO					