



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Dulce No. Cope Iglesias Valdés</i>		2/NIVEL: <i>19</i>	3/FECHA: <i>8/05/17</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica</i>		4/RANGO: <i>II</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i>
7/JUSTIFICACION (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)) <i>Supervisión Red de Facilitadores Hospital Regional Atlacomulco</i>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:	
NO. DE MATRÍCULA:	12/KM. FINAL:	11/SIN GASOLINA:	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Dulce No. Cope Iglesias Valdés</i>		14 FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Alma Edith Severino Sánchez</i>	

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

50 000 002/17

→ sello en formato adjunto

*AS*

*31300*