



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Odette Cáceres Ter Veen</i>		2/NIVEL: <i>20</i>	3/FECHA: <i>02 Oct 2017</i>	
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Atención de Enfermería</i>		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i>	
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S) <i>Supervision de Procedimientos y Expediente Clinico en Centro Medico Ecatepec.</i>		PAGADO		
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL: <i>5968</i>	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:	
NO. DE MATRÍCULA: <i>NAS 1019</i>	12/KM. FINAL: <i>6384</i>	<i>si 1/2</i>		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Odette Cáceres Ter Veen</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Alma Edith Severiano Sanchez</i>		

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