



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Odette Carrero Ter Veen</i>		2/NIVEL: <i>20</i>	3/FECHA: <i>27 Sep 2017</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de atención a Enfermería</i>		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140=</i>
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S) <i>Supervision de Procedimientos y Expediente Clínico Hospital Regional Atlacomulco</i>		<b>PAGADO</b>	
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL: <i>37689</i>	10/CON GASOLINA: <i>si 3/4</i>	11/SIN GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA: <i>NAS 1013</i>	12/KM. FINAL: <i>37998</i>		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Odette Carrero 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