



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |                |  |                            |
|---|----------------|--|----------------------------|
| 1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Lucía Angelica Albarrán Calderón</i>   |                | 2/NIVEL: <i>2</i>  | 3/FECHA: <i>05-09-2017</i> |
| 6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><i>Departamento de Atención de Enfermería</i>   |                | 4/RANGO: <i>23</i>   | 5/IMPORTE: \$ <i>140</i>   |
| 7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)<br><i>Supervisión de Expediente clínico al área de Archivo del Hospital Regional Atzacomulco el día 5 de septiembre</i> |                |  |                            |
| 8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR   | 9/KM. INICIAL: | 10/CON GASOLINA:   | 11/SIN GASOLINA:           |
| NO. DE MATRÍCULA:   | 12/KM. FINAL:  | PAGADO   |                            |
| 13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br><i>Lucía Angelica Albarrán Calderón</i>   |                | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><i>Dr. Alma Edith Soriano Sánchez</i> |                            |

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