



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Enf. Karen Estrada Vargas		2/NIVEL: 4	3/FECHA: 28/06/17
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdirección de Atención Médica		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140 ⁰⁰
7/JUSTIFICACIÓN : MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S) Supervisión de Enfermería Hospital Regional Ixtapon de la Jal			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA:	12/KM. FINAL:	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Elicia Martínez Zepeda	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Enf. Karen Estrada Vargas		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Elicia Martínez Zepeda	

PAGADO

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

31300