



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Enf. Karen Estrada Vargas		2/NIVEL: 4	3/FECHA: 22 Junio-17
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdirección de Atención Médica		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140 <sup>00</sup>
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S) Supervisión de Enfermería Clínica Regional Amecameca			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> <u>PARTICULAR</u>	9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA	11/SIN GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA:	12/KM. FINAL:	<b>PAGADO</b>	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Enf. Karen Estrada Vargas		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Licenciada Gloria Martinez Zepeda	
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			