



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|  |                |   |                             |
|--|----------------|---|-----------------------------|
| 1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Stephanía Morales Sánchez</i>   |                | 2/NIVEL: <i>9</i>   | 3/FECHA: <i>19 Jun 2019</i> |
| 6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADESCRIPCIÓN:<br><i>Subdirección de Atención Médica</i>  |                | 4/RANGO: <i>4</i>   | 5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i> |
| 7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)<br><i>en la Clínica Regional Amecameca</i><br><i>Aprob. administrativo a reunión con el área de enfermería</i> |                |   |                             |
| 8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTICULAR</b>   | 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<br><i>Stephanía Morales Sánchez</i>   |                | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><i>Lic. Gloria Martínez Zapata</i> |                             |

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