



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 4	3/FECHA: 31 Jun 2017
Enf. Karen Estrada Vargas		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140 ⁰⁰
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
PAGADO			
7/JUSTIFICACIÓN : MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)			
Supervisión de Enfermería Hospital Regional Tlalnelapalca			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:	9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
<input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR	12/KM. FINAL:		
NO. DE MATRÍCULA:			
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Enf. Karen Estrada Vargas		Licenciada Gloria Martínez Zepeda	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			