



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/NIVEL: 9

3/FECHA: 05/06/17

4/RANGO: 4

5/IMPORTE: \$ 140.00

6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

PAGADO

7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)

en el Hospital Regard Tabasco

Apoyo administrativo a reunión con area de enfermeria

8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL PARTICULAR

9/KM. INICIAL:

10/CON GASOLINA:

11/SIN GASOLINA:

NO. DE MATRÍCULA:

12/KM. FINAL:

13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Stephanía Morales Sánchez

Lia Gloria Martínez Zepeda

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