



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Karen Estrada Vargas</i>		2/NIVEL: <i>4</i>	3/FECHA: <i>25/07/2017</i>		
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica</i>		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>1400</i>		
7/JUSTIFICACIÓN : MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S) <i>Supervisión del Hospital Regional Ixtapon de la Sal</i>					
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:			
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Karen Estrada Vargas</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dr. Alma Edith Segurano Sánchez</i>		

PAGADO

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

31300 SAN-