



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|--|----------------|---|-----------------------------|
| 1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Stephania Morales Sánchez</i> | | 2/NIVEL: <i>9</i> | 3/FECHA: <i>28/07/2017</i> |
| 6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica</i> | | 4/RANGO: <i>6</i> | 5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i> |
| 7/JUSTIFICACIÓN : MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S) <i>Apoyo administrativo en reunión con el personal de Enfermería de la Clínica Regional Amecameca</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: | | <i>[Signature]</i> |
| 13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>[Signature]</i> <i>Stephania Morales Sánchez</i> | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> <i>Dra Alma Edith Sacerano Sánchez</i> | |

PAGADO

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

31300 SAM