



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE:

Silvia Cruz Romero

2/NIVEL: 1

3/FECHA: 17/08/17

4/RANGO: 2

5/IMPORTE: \$ 140.00

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

Departamento de Atención en Enfermería

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

Asistencia al 13^{vo} Encuentro de Enfermería Calidad en el Cuidado Integral. Hospital Regional Atlacomulco

PAGADO

8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL PARTICULAR

9/KM. INICIAL:

4837

10/CON GASOLINA: 1/2 Tanque

11/SIN GASOLINA:

12/KM. FINAL:

5007

NO. DE MATRÍCULA: NAS1019

13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Silvia Cruz Romero

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Lic. Enf. Gloria Martínez Zepeda

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

-31302-