



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 20	3/FECHA: 01 Septiembre 2019	
Odette Cáceres Ter Veer		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140.00	
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
Departamento de Medicina Familiar				
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)				
Supervisión de Trabajo Social y Relaciones Públicas Clínica de Consulta Externa Naucalpan				
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		121437	si	
NO. DE MATRÍCULA: HFR 1392		122032		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Odette Cáceres Ter Veer			 Alma Edith Secoriano Sánchez	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				

31301 DMT