



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Dulce Ibet Cortez Becerra</i>		2/NIVEL: <i>6</i>	3/FECHA: <i>28/09/2017</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica</i>		4/RANGO: <i>1</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i>
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S) <i>Apoyo de supervisión de Expediente Clínico en Centro Médico Ecatepec</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>Dulce Ibet Cortez Becerra</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Alma Edith Sepulveda Sánchez</i>	

PAGADO

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

31300-JAM