



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Silvia Cruz Romero</i>		2/NIVEL: <i>4</i>	3/FECHA: <i>13 nov 17</i>		
		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i>		
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Atención en Enfermería</i>					
7/JUSTIFICACIÓN : MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S) <i>Supervisión al área de enfermería y diversos programas</i>					
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> <u>PARTICULAR</u>		9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:	
NO. DE MATRÍCULA:		12/KM. FINAL:	<b>PAGADO</b>		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Silvia Cruz Romero</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Alic. Enc. Gloria Martínez Zepeda.</i>			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO					