



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Rocio Salinas Rafael</i>		2/ NIVEL: <i>4</i>	3/ FECHA: <i>8-dic-17</i>
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.00</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Atención en Enfermería</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervisión en el área de Enfermería Hospital Regional Tencmery</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 MATRICULA	12/ Km. FINAL	PAGADO	
13/ NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Rocio Salinas Rafael</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Gloria Martínez Zepeda</i>	

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

31302