



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 12	3/FECHA: 06/12/17
Jonathan Marlon Garcia Chanocca		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 280.00
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Departamento de Atención en enfermería.			
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S))			
Se asistio al Hospital Regional Tlalnepantla para traslado de la M.A.S.S. Rosa Martha Medina Perulata Directora de Atención a la Salud			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:	9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR			
NO. DE MATRÍCULA: NAS-1019	12/KM. FINAL:	Si 3/4	PAGADO
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Jonathan Marlon Garcia Chanocca		Dra. Alma Edith Sorezano Sánchez	

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