



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Rocio Salinas Rafael</i>		2/NIVEL: <i>4</i>	3/FECHA: <i>09/10/17</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 en el área de Enfermería H. Regional Tepic</i>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA:		12/KM. FINAL:	11/SIN GASOLINA:
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Rocio Salinas Rafael</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Gloria Martínez Zepeda</i>	

**PAGADO**

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

31302