



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: Rocio Salinas Rafael	2/NIVEL: 4	3/FECHA: 09/10/17
	4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140.00

6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Departamento de Atención en Enfermería

7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))

Supervisión en el área de Enfermería H. Regional Tepic

8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:
	12/KM. FINAL:	11/SIN GASOLINA:

PAGADO

13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN
Rocio Salinas Rafael	Gloria Martínez Zepeda	

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

31302