

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: **Magdalena Sara Alvarez**

2/ NIVEL: **18**

3/ FECHA: **9/08/17**

4/ RANGO: **2**

5/ IMPORTE: \$ **140.00**

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: **Dep. de Promoción en Programas de Salud**

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): **Asistencia a contratador de asistencia a la mujer en el Centro Médico Cuatrecasas.**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL PARTICULAR

9/ Km. INICIAL: **174132**

10/ CON GASOLINA

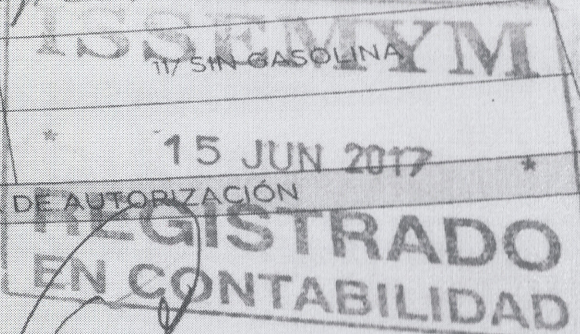
11/ SIN GASOLINA

12/ Km. FINAL: **174370**

13/ FECHA DE AUTORIZACIÓN: **15 JUN 2017**

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: **[Signature]**

15/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: **Magdalena Sara Alvarez**



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

Issemym

DIRECCION DE ATENCION A LA SALUD
SUBDIRECCION DE SALUD

RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION

NOMBRE: **Magdalena Sara Alvarez**

[Signature]