



PAGADO

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

Dña Magdalena Sierra Alvarez

2/ NIVEL:

18

3/ FECHA:

18/05/17

4/ RANGO:

2

5/ IMPORTE: \$

140.00

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

Depto de. Promoción en Programas de Salud

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

Asistencia a Capacitación en el H.R. Tlanepantla

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

174132

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

MEV 3206

12/ Km. FINAL

1741370

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

*[Handwritten signature]*

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

*[Handwritten signature]*

Dña. Magdalena Sierra Alvarez Dra. Nera Y Genera. Gilbert H.

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