



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: MAVIT YADIDA OCHOA		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 15 MAYO 14
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: DIRECCION DE METRAMIENTO DE PROCESOS		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) SE ASISTIO A DUELO DE TRABAJO CON AGUINALDOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIO DE SAN PABLO			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" 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: MAVIT YADIDA OCHOA PRADO		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: Yolanda Pareda Romíez Arayo	

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