

PAGO DE VIATICO POR FONDO FUO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>Saul Ortiz Carrillo</b>		2/ NIVEL: <b>19</b>	3/ FECHA: <b>08/09/2017</b>
		4/ RANGO: <b>01</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>130.00.</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>DPTO. DE CONSERVACION Y MTO. DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES.</b>			
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <b>VISITA DE OBRA A LA CLINICA DEC. EXTERNA IXTAPAN DE LA SAL PARA LEVANTAMIENTOS Y MEDICION DE AREAS PARA CORRECCIONES OUBLORACION DE DAÑOS EN ESTRUCTURA DEL INMUEBLE</b>			
8/ MODALIDAD DEL TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> ARTICULAR	9/ Km. INICIAL: <b>143632</b>	10/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	11/ SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
No. DE MATRICULA <b>445-2537</b>	12/ Km. FINAL: <b>143408</b>		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:  <b>Saul Ortiz Carrillo</b>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:  <b>ING. NICOLAS BENITO CARREAGA CHONTES</b>	

NOTA: TERMINANDO LA COMISION DEBERA, OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONMOTIVO