



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Sado Galindo González</i>		2/ NIVEL: <i>8</i>	3/ FECHA: <i>04/08/17</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección General</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado de Personal al Centro Médico ECATEPEC</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: <i>MEY 2394</i>		11/ SIN GASOLINA	12/ Km. FINAL:
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Sado Galindo González</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>Angelica Puga González</i>	

PAGADO 04 AGO 2017

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

50 003 002/17

3751
\$140.00