



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |  |                                   |                              |                  |
|---|--|-----------------------------------|------------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Saulo Galindo González</i>  |  | 2/ NIVEL:<br><i>8</i>             | 3/ FECHA:<br><i>29/08/17</i> |                  |
|   |  | 4/ RANGO:<br><i>2</i>             | 5/ IMPORTE: \$<br><i>140</i> |                  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><i>Dirección General</i>                         |  |                                   |                              |                  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)<br><i>Traslado de Personal al Hospital Regional de Texcoco</i> |  |                                   |                              |                  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR              |  | 9/ Km. INICIAL                    | 10/ CON GASOLINA             | 11/ SIN GASOLINA |
| 12/ No. DE MATRICULA:<br><i>MEV 7394</i>  |  | 12/ Km. FINAL                     |                              |                  |
| <i>Saulo Galindo González</i>   |  | <i>Lic. Angeles Puga González</i> |                              |                  |

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