



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1 NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2 NIVEL	3 FECHA
Moises Luna Solano		22	10/08/2017
4 NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		4 RANGO	5 IMPORTE \$
Dirección Cedema		02	\$140.00
6 JUSTIFICACIÓN MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)			
Traslado al Director General al Hospital Texcoco			
7 MODALIDAD DE TRANSPORTE	8 Km INICIAL	10 CON GASOLINA	11 SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	12 Km FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 No DE MATRÍCULA	13 FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
NAF 3841	14 FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
10 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:		11 FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Moises Luna Solano		Angelica Zoya Gonzalez	
NOTA: DEBE LLEVAR LA COMISIÓN DEBIDA CEF. NOMBRE DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRADO EN LOS VOUCHERS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			

PAGADO 10 AGO 2017