



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |                |                            |                  |
|---|----------------|----------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE  |                | 2/ NIVEL                   | 3/ FECHA         |
| Moises Luna Solano  |                | 22                         | 31/08/2017       |
|   |                | 4/ RANGO                   | 5/ IMPORTE \$    |
|   |                | 02                         | \$ 140.00        |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN  |                |                            |                  |
| Dirección General <span style="float: right;">PAGADO 31 AGO 2017</span>   |                |                            |                  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)   |                |                            |                  |
| traslado al Director General al Hospital Texcoco  |                |                            |                  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE  | 9/ Km. INICIAL | 10/ CON GASOLINA           | 11/ SIN GASOLINA |
| <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR   | 12/ Km FINAL   | X                          |                  |
| No. DE MATRICULA #313841  |                |                            |                  |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:  |                | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  |                  |
| <br>Moises Luna Solano  |                | <br>Angelica Poma Gonzalez |                  |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ RECIBIENDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. |                |                            |                  |

3751  
\$140.00