



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|---|---------------|---------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE | | 2/ NIVEL | 3/ FECHA |
| Moises Luna Solano | | 22 | 29/08/2017 |
| 5/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN | | 4/ RANGO | 5/ IMPORTE \$ |
| Dirección General | | 02 | \$140.00 |
| 7/ JUSTIFICACION, 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 | | |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN | |
| Moises Luna Solano | | Angelica Z. Puga Gonzalez | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO | | | |

3751
\$140.00