



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 14/ mar/ 17
Cesar Damian Cejudo Castellanos		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Delegación Administrativa de la coordinación de servicios de salud			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Entrega de documentación C.C.E Huixquilucan - C.A S. Triánguistenco			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 120 962	10/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
No. DE MATRICULA: MEV 32-35		12/ Km. FINAL 121 073	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Cesar Damian Cejudo Castellanos		Betha del C. Sanchez Garcia	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			