



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Balzu Ruiz Garcia</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>17-03-17</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>17-03-17 \$ 140.00</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinacion de Servicios de Salud</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Transporte a paciente del Materno Infantil a Centro Medico Ecatepec</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>162784</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL <i>162585</i>			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Balzu Ruiz Garcia</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Bertha del Carmen Sanchez Garcia</i>		

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