



# PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>Yodira Martinez Pacheco</b>		2/ NIVEL: <b>7</b>	3/ FECHA: <b>20/04/2017</b>
		4/ RANGO: <b>2</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140.00</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Delegación Administrativa de la Coord. Servicios Salud</b>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>Recabar información Hospital Regional Nezanhuacoyotl.</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>172250</b>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: <b>MEV3206</b>		12/ Km. FINAL <b>172430</b>	11/ SIN GASOLINA
		<b>X</b>	<b>PAGADO</b>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE EMPLEADO QUE RECIBE: <b>Yodira</b> <b>Yodira Martinez Pacheco</b>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN:  <b>Bertha del Carmen Sánchez García.</b>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			