



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Isela Kanna Pina Garay</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>31/03/2017</i>		
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140-</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Delegación Administrativa</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervisión Centro Médico Ecatepec</i> <b>PAGADO</b>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>111907</i>	10/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRÍCULA: <i>MNY-7664</i>		12/ Km. FINAL <i>112187</i>			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Isela Kanna Pina Garay</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Bertha del C. Sanchez Garcia</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					