

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Cesar Damian Ceydo Castellanos	2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 21 MAY / 17
	4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 280

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

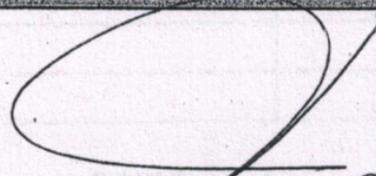
Delegación Administrativa de la coordinación de servicios de salud

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Entrega de documentos

Hospital Regional Tlaxapantla

PAGADO

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: MFA 13 92	9/ Km. INICIAL 116683	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL 116855	X	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  Cesar Damian Ceydo Castellanos	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  Bertha del C. Sanchez Garcia
--	--