

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 21 MAY / 17		
Cesar Damian Ceydo Castellanos		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					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 116683	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: MFA 13 92		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		

PAGADO