



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Isela Karina Piña Garay</i> | | 2/ NIVEL: <i>17-4</i> | 3/ FECHA: <i>09/05/2017</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> | | | PAGADO | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervisión a la unidad médica CCE Atzacapan de Zaragoza</i> | | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL <i>117277</i> | 10/ CON GASOLINA | 11/ SIN GASOLINA |
| No. DE MATRICULA: | | 12/ Km. FINAL <i>117458</i> | <i>X</i> | |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Isela Karina Piña Garay</i> | | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Bertha del C. Sánchez Garza</i> | |