



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>			<b>PAGADO</b>		
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>[Signature]</i> <i>Lic. Bertha del C. Sánchez Garza</i>		