
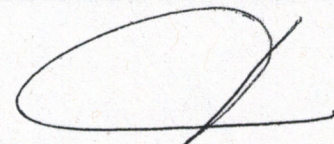




## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 16 / MAY / 17	
Esau/ Cejudo Castellanos		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140	
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 Centro Medico Ecatepec				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL 175147	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		12/ Km. FINAL 175384	X	
No. DE MATRÍCULA: MEV-3206				
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
 Esau Durián Cejudo Castellanos		 Dra Bertha del Carmen Sanchez G.		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				