



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 17 May / 17		
Gabriela Placido de la Cruz		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140.00		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			PAGADO		
Delegación Administrativa					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Supervisión al: Centro Médico Ecatepec					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		233648	X		
No. DE MATRICULA: 144-8469		12/ Km. FINAL			
		233790			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
Gabriela Placido de la Cruz 			Lic. Bertha del Carmen Sanchez García ZI 		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					