



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Sergio G Colin Carranza</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>01-VI-17</i>
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dra. Adriana de la Cruz de Serv. de Salud</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervisión al H. B. Valle de Chalco</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>177105</i>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>MEU-3206</i>		12/ Km. FINAL <i>177304</i>	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Sergio G Colin C</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>Lic. Bertha Sanchez G.</i>	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.