



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <u>Cesar Cejudo Castellanos</u>		2/ NIVEL: <u>11</u>	3/ FECHA: <u>12/06/17</u>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <u>Delegación Administrativa de la coordinación de servicios de salud</u>		4/ RANGO: <u>2</u>	5/ IMPORTE: \$ <u>140</u>		
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <u>Hospital Regional de Ixtapan de la Salud Entrega de documentos</u>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <u>360884</u>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <u>2MA 1166</u>		12/ Km. FINAL <u>361109</u>	<u>X</u>		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <u>Cesar Cejudo Castellanos</u>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <u>Lic. Bertha de Carmen Sanchez Garcia</u>		

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