



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 13	3/ FECHA: 06/06/17
María Guadalupe Romero Sánchez		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 280
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Delegación Administrativa de la C. S. Salud			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Supervisión al Hospital Regional Tlalneantla y Clínica			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		127320	
No. DE MATRICULA: MEB3235		12/ Km. FINAL	11/ SIN GASOLINA
		127490	X
13/ NOMBRE COMPLETO		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
María Guadalupe Romero Sánchez		Cec. Bertha del Carmen Sánchez García	

**PAGADO**

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