



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Sean Castellanos</i>	2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>21/06/17</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>

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 Hospital Regional Tlaxcapilla

PAGADO

3/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: <i>MEV-3206</i>	9/ Km. INICIAL <i>167541</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <i>167638</i>	<i>X</i>	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

7

Sean Castellanos

Dra. Bertha del Carmen Sanchez Garcia