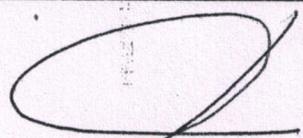




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA:
Cesar Damian Segudo Castellanos		II	15 / 6 / 17
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$
Delegación Administrativa de la coordinación de servicios de salud		2	1410
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Transporte de personal Centro médico Ecatepec			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		178524	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	
MEV 3206		178749	X
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Cesar Damian Segudo Castellanos		 Lic. Dexton del Carmen Sanchez Garcia	

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