



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Cesar Cejudo Castellanos		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 27/6/17
		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140
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 Clínica Regional Amecameca			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 361327	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: 29M1166		12/ Km. FINAL 361545	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: Cesar Cejudo Castellanos		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: Dra Bertha del Carmen Sanchez Garcia	

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