

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Isela Kanna Piña Garay</i>	2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>20/06/2017</i>
		5/ IMPORTE: \$ <i>140-</i>

4/ RANGO: *9*

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
*Delegación Administrativa*

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)  
*Entrega de documentación en la CCE Atlixapán de Zaragoza*

**PAGADO**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>120,385</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>MF -1392</i>	12/ Km. FINAL <i>120,552</i>	<i>X</i>	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  
*Isela Kanna Piña Garay*

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  
*[Firma]*  
*Lic. Bertha del C. Sánchez Garay*

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