



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA:
Benjamin Garduño González		11	7/07/17
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$
Delegación Administrativa de la Coordinación de S. S		2	140 00
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) traslado de personal medico reunion a la c. c. Externo de Huitquilucan			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		180 364	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA: MEU 3206		12/ Km. FINAL	Si PAGADO
		180 464	
13/ NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO QUE RECEBE:		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Benjamin Garduño González		Zic Bertha C. Sanchez Garcia	

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