





PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:		3/ FECHA:	
Cesar Segura Castellanos		11		20 / 7 / 17	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO:		5/ IMPORTE: \$	
Delegación Administrativa de la Coordinación de Servicios de Salud		1		140	
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)					
Entrega de documentos a clínica de consulta externa Huixquilucan					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL		10/ CON GASOLINA	
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		131 020		11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL		X	
MEV 3233		131 137			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
 Cesar Segura Castellanos			 Dra. Bertha del Carmen Sanchez		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					