



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

Isela Karina Pina Garay

2/ NIVEL:

17

3/ FECHA:

31/07/17

4/ RANGO:

4

5/ IMPORTE: \$

140-

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 CCE Atzacapan de 2.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

18110

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

MEV 3235

12/ Km. FINAL

18120

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBIÓ:

Isela Karina Pina Garay

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:

Lic. Betina del C. Sánchez Garay

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