



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Vianey Argely Medina Juárez</i>	2/ NIVEL: <i>II</i>	3/ FECHA: <i>09/08/17</i>
	4/ RANGO: <i>02</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>\$ 140</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Coordinación de los servicios de salud

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) *obligado en la unidad de atención al Pesechabiente Municipal en entrega de documentación en oficinas centrales*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: <i>M EV-3198</i>	9/ Km. INICIAL <i>169210</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <i>169380</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Vianey Argely Medina Juárez</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic Bertha Sanchez</i>
---	--

PAGADO