



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA:
<i>Cesar Cesvdo Castellanos</i>		<i>11</i>	<i>04/8/13</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$
<i>Delegación Administrativa de la Coordinación de Servicios de Salud</i>		<i>7</i>	<i>190</i>
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
<i>Entrega de documentos Consultorio Médico Malinalco</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		<i>123 040</i>	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	<i>X</i>
<i>MFR 1392</i>		<i>123 184</i>	
13/ NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE REGISTRA:		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:	
<i>Cesar Cesvdo Castellanos</i>		<i>lic. Bertha del Carmen Sanchez Cruz</i>	

PAGADO

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