
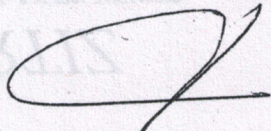




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:		3/ FECHA:	
Cesar Damian Cegudo Castellanos		1		9/8/17	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO:		5/ IMPORTE: \$	
Delegación Administrativa de la Coordinación de Servicios de Salud		11		140	
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)					
Transporte de personal a clínica de consulta externa los Reyes la paz					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA		11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		123448	X		
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL			
MFA1392		12394			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
 Cesar Damian Cegudo Castellanos			 Lic. Bertha del Carmen Sanchez Garcia		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					