



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Cesar Cejudo Castellanos</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>17/8/17</i>		
		4/ RANGO: <i>1</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>280</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Delegación Administrativa de la coordinación de servicios de salud</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Transporte de personal Hospital Regional Tezupilco</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>124118</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRÍCULA: <i>MFR 1392</i>		12/ Km. FINAL <i>124358</i>	<i>X</i>		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Cesar Cejudo Castellanos</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Martha del Carmen Sanchez Garcia</i>		

PAGADO

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