



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 7/8/17	
Benjamin Gorduno Gonzalez		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140.00	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		<b>PAGADO</b>		
Sup dirección de Salud				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Traslado de personal medico a reunion al H. R de U. de Chalco				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		131143	Si	
No. DE MATRICULA: MDN 5143		12/ Km. FINAL 131170		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Benjamin Gorduno Gonzalez			 Dra. Mora G. Gomora Culberth	