



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL:

3/ FECHA:

Cesar Cejudo Castellanos

II

16/8/17

4/ RANGO:

I

5/ IMPORTE: \$

140

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

Delegación Administrativa de la Coordinación de servicios de salud

# PAGADO

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

Entrega de documentos Clínica de consulta externa Atizapua

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

129601

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRÍCULA:

M N 7 - 7694

12/ Km. FINAL

123853

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

7

Cesar Cejudo Castellanos

Dra. Bertha del Carmen Sosahe Garcia