



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:  <i>Cesar Cejudo Castellanos</i>	2/ NIVEL:  <i>1c</i>	3/ FECHA:  <i>22/8/17</i>
	4/ RANGO:  <i>1</i>	5/ IMPORTE: \$  <i>140</i>

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

*Delegación Administrativa de la Coordinación de Servicios de Salud*

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

*Entrega de documentos Centro Medico Ecatepec*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

*MEV32 06*

9/ Km. INICIAL

*182969*

12/ Km. FINAL

*183211*

10/ CON GASOLINA

*X*

11/ SIN GASOLINA

**PAGADO**

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:

*[Signature]*

*Cesar Cejudo Castellanos*

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:

*Lic Bertha del Carmen Sanchez Garcia*

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