

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

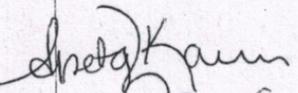
1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	2/ NIVEL: 17	3/ FECHA: 21/08/2017
Isela Karina Piña Garay	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140-

PAGADO

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

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
 Entrega de documentación de la CLE Naucalpan.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRÍCULA: M 4 H - E Y 6 9	9/ Km. INICIAL 236273 12/ Km. FINAL 276443	10/ CON GASOLINA X	11/ SIN GASOLINA
--	---	-----------------------	------------------

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:  Isela Karina Piña Garay	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: Lic. Bertha del C Sánchez García
--	--

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

X

X