

## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:  <i>José Manuel Robler Fernández</i>	2/ NIVEL: <i>19</i>	3/ FECHA: <i>17/Ago/17</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.</i>

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

*Coordinación de Serv. de Salud*

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

*Supervisión Al Hospital Regional Tlalnepantla*

# PAGADO

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:  <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>123604</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>MN49694</i>	12/ Km. FINAL <i>123721</i>	<i>X</i>	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  <i>José Manuel Robler Fernández</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  <i>Bertha del C. Sanchez Garcia</i>
--	--

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