



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Benjamin Garduño González</i>	2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>17/8/17</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>2800</i>

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

Sup direccion de salud

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

Traslada de Personal medico a reunion al H. R de Tlaxepantla

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

MZU 3206

9/ Km. INICIAL

182798

12/ Km. FINAL

182825

10/ CON GASOLINA

Si

11/ SIN GASOLINA

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

BHG
Benjamin Garduño González

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Dra Mora yadira Gomora Culber

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