



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

Vianey Argely Medina Juarez

2/ NIVEL:

11

3/ FECHA:

20/20/17.

4/ RANGO:

02.

5/ IMPORTE: \$

\$ 140.

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

Coordinación de los Servicios de Salud.

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

Supersación de la unidad.

y abarca en la unidad de atención al beneficiario Municipal.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

173320

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

10. DE MATRICULA:

MEV-3198

12/ Km. FINAL

173444

**PAGADO**

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Vianey Argely Medina Juarez

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Bertha del C. Sanchez Garcia