



13 MAR 2017



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO PAGO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE SUBDIRECCIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES 203F 61200		2/ NIVEL DE BIENES 203F 11		3/ FECHA: 02-03-2017 03-2017	
4/ RANGO: 3		5/ IMPORTE \$ \$ 100.00			
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN. SUBDIRECCIÓN DE SUMINISTROS (APOYO A COMITE)					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) ENTREGA DE DOCUMENTOS OFICIALES EN ZUMIPANGO HOSPITAL REGIONAL					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 105620	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA MTH-1840		12/ Km. FINAL 105894	51		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE 			14/ FIRMA DE AUTORIZACION 		

NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO