



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Ruben Francisco Salgado Soto</i>		2/NIVEL: <i>1 2</i>	3/FECHA: <i>8/Mar/17</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica</i>		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>106.00</i>
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)) <i>Supervisión al Hospital Regional Nezahualcóyotl</i>		PAGADO	
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL: <i>356402</i>	10/CON GASOLINA: <i>SI</i>	
NO. DE MATRÍCULA: <i>LRM1166</i>	12/KM. FINAL: <i>356485</i>	11/SIN GASOLINA:	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Ruben Francisco Salgado Soto</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra. Alma Edith Serrano Sanchez</i>	

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