



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Ruben Francisco Salgado Soto</i>		2/NIVEL: <i>12</i>	3/FECHA: <i>7/Mar/2017</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - 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 Tejupilco</i>		<b>PAGADO</b>	
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL: <i>135275</i>	10/CON GASOLINA: <i>SI</i>	
NO. DE MATRÍCULA: <i>MEV 3206</i>	12/KM. FINAL: <i>135494</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 Serdiano Sanchez</i>	

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