



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>25/04/17</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>280⁰⁰</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Departamento de Atención en Enfermería

7/ JUSTIFICACIÓN; MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
Traslado de personal de Enfermería a reunion al H. R de U. Bravo

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>172 721</i>	10/ CON GASOLINA <i>Si</i>	11/ SIN GASOLINA PAGADO
	No. DE MATRICULA: <i>MEU 32 06</i>		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Benjamin Garduño González</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Glorva Martinez Zepeda</i>
---	---

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