



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 23	3/FECHA: 27/07/2019
Orlando Augusto Reynoso Contreras		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140.00
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Subdivisión de Atención Médica			
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)			
Trámite de Licencia Sanitaria en la Clínica de consulta Externa Coacalco			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		4900	11/SIN GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA:		12/KM. FINAL:	
NA5-1019		4823	SI 3/4
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Orlando Augusto Reynoso Contreras		Dra. Alma Edith Serrano Sanchez	

**PAGADO**

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