



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

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

PAGADO

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