

### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>DEJONARO LEON SARAS</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>1 MARZO 17</b>	
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>280-</b>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACION A SERVICIO DE SALUD</b>				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>TRASLADO DE PERSONAL MÉDICO A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC</b>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>169480</b>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: <b>MFR 1392</b>		12/ Km. FINAL <b>169602</b>	<b>X</b>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <b>DEJONARO LEON SARAS</b>			FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <b>Beitha del C. Sánchez García</b>	

**PAGADO**

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