





PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 7 / MARZO / 17		
ALEJANDRO LEON SARAS		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140.-		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION DE SERVICIOS A SALUD					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): IR A ENTREGAR DOCUMENTACIONAL. HOSPITAL REGIONAL VALLE D BRUNO. CONSULTA EXTERNA VALLE D BRUNO CONSULTORIO MEDICO VILLA VICTORIA					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 113153	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: MTR 1392		12/ Km. FINAL 113338			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  ALEJANDRO LEON SARAS			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  Delfina del C. Sanchez Garcia		

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