

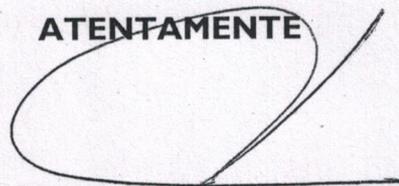


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALEJANDRO LEON SARAS		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 10/03/17
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 280
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) IR A DEJAR DOCUMENTACION OFICIAL AL HOSPITAL REGIONAL VALLE DE CHALCO Y CLINICA DE CONSULTA EXTERNO IXTAPAQUCA			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 120627	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: MEU 3235		12/ Km. FINAL 120871	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE REGISTRA		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Alejandro Leon Saras		Bertha del C. Sanchez Garcia	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

50 000 002/17

ATENTAMENTE



**BERTHA DEL CARMEN SANCHEZ GARCIA
SUPLENTE DE LA DELEGACION ADMINISTRATIVA
DE LA COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD**

c.c.p. Expediente