



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL:

20

3/ FECHA:

6/03/17

4/ RANGO:

4

5/ IMPORTE: \$

140-

Alexandro Leon Sarras

NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRASLADO A PERSONAL MEDICO A CLINICA O CONSULTA EXTERNA ECATEPEC.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

113 750

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

MEU 3206

12/ Km. FINAL

113 920

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:

FIRMA DE AUTORIZACION

Alexandro Leon Sarras

Bertha C. Sanchez Garcia

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