



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 21 marzo 17	
4/ RANGO: 4		5/ IMPORTE: \$ 140		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
COORDINACION A SERVICIOS A SALUD				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRASLADO DE PERSONAL MEDICO A DAR DOCUMENTACION OFICIAL HOSPITAL REGIONAL ZUMPANGO				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		356540		
No. DE MATRICULA: LRM 1166		12/ Km. FINAL	X.	
		356795		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 LEONARDO LEON SOTRAS			 Bertha del C. Sanchez Cenicio	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				