

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 14/03/17	
ALEJANDRO LEON SARAS		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140-	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION A SERVICIOS DE SALUD				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) LE A DEJAR DOCUMENTACION OFICIAL A LA CLINICA O CONSULTA EXTERNA MIXQUILUCA Y CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANQUISTENCO				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		120962		
No. DE MATRICULA: MRU 3235		12/ Km. FINAL	X	
		121073		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
ALEJANDRO LEON SARAS			Bertha del C. Sánchez García	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				