

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA:
ALEJANDRO LEÓN SARAS		20	21/03/17
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$
		4	140-
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
DOCUMENTACIÓN OFICIAL TRASLADO DE PERSONAL Y DEJAR			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		170747	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRÍCULA:		12/ Km. FINAL	X
MEN 3206		170902	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
ALEJANDRO LEÓN 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.