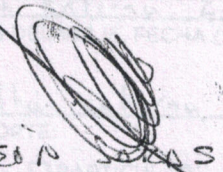
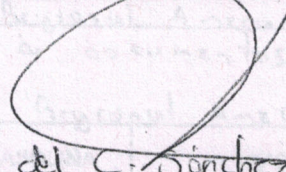


## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	2/ NIVEL:	3/ FECHA:	
	20	21/03/17	
Alejandro León Sazas	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	11/ SIN GASOLINA
	<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	170747	
No. DE MATRÍCULA:	12/ Km. FINAL	X	AGADO
NEW 3206	170902		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
			
Alejandro León Sazas		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.			