



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALEJANDRO LEON SARAS		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 2014/17		
		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) TARIFA DE PERSONAL ADMINISTRATIVO RECAER INFORMACION DEL HOSPITAL DEL NEZAHUALCOYOTL					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 172250	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: NEU 3206		12/ Km. FINAL 172430	X PAGADO		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBIÓ			FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
ALEJANDRO LEON SARAS			Bertha del C. Sánchez Caicedo		

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