



# PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALEJANDRO LEÓN SARAS</b>	2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>21/04/17</b>	
	4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140</b>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACION DE SERVICIOS A SALVO</b>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>TRABAJO O PERSONAL MEDICO</b> <b>REUNION EN EL HOSPITAL REGIONAL TLANEPANTLA</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: <b>MEU 3235</b>	9/ Km. INICIAL <b>123395</b>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <b>123550</b>	<b>X</b>	<b>PAGADO</b>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>Alejandro León Saras</b>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>Bertha del C. Sánchez García</b>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			