



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALEJANDRO LEÓN SARAS		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 21/04/17
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN DE SERVICIOS A SALVO			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRABAJO O PERSONAL MEDICO REUNION EN EL HOSPITAL REGIONAL TLANEPANTLA			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 123395	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: MEU 3235		12/ Km. FINAL 123350	11/ SIN GASOLINA
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.			