



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALEJANDRO LEON SARAS</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>4/05/17</b>
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140.</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>PAGADO</b>	
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <b>IR A DEJAR DOCUMENTACIÓN OFICIAL PROPIA DE LA COORDINACIÓN HOSPITAL EN NEZAHUALCOYOTL Y CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA.</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>125160</b>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: <b>NEU 3235</b>		12/ Km. FINAL <b>125350</b>	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:		FIRMA DE AUTORIZACIÓN:	
<b>Alejandro Leon Saras</b>		<b>LIC BERTHA DEL Z. SANCHEZ GARCIN</b>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			