



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

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