





PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|---|--|--|-------------------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: DEJANORO LEON SANCAS | | 2/ NIVEL: 20 | 3/ FECHA: 17-05-17 |
| | | 4/ RANGO: 4 | 5/ IMPORTE: \$ 140- |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN A SERV. D SAUUD | | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRABAJAR O PERSONAL MEDICO Y DAR DOCUMENTACION OFICIAL C.C. EST. CHIMALHUACAN. CIVILCANT Y C.C. 2x1 CI + 2C011. | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL 125809 | 11/ SIN GASOLINA |
| No. DE MATRICULA: MEU 3235 | | 12/ Km. FINAL 126059 | X |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:  DEJANORO LEON SANCAS | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:  Bertha del C. Sanchez Garcia | |

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