



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 11/05/17	
ALEJANDRO LEON GARCAS		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRASLADO DE PERSONAL MEDICO				
AL HOSPITAL REGIONAL TLA NEPANTLA				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		174395		
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	7	
M.F.U. 206		174559		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:		FIRMA DE AUTORIZACIÓN:		
ALEJANDRO LEON GARCAS		LIC. BERTHA D. SANCHEZ GARCIA		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				