



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALEJANDRO LEÓN SARAS</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>18/05/17</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 A SALUD</b>			<b>PAGADO</b>		
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <b>DEJAR DOCUMENTACION OFICIAL PROPIAS DEL DEPARTAMENTO UNIDADES MEDICAS H.P. TLAQUEPANTLA C.M. ECATEPEC, C.C. EXT. CUATILAN IZC. Y SUPERVISION UNIDADES MED</b>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>126056</b>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <b>MEV. 3235</b>		12/ Km. FINAL <b>126295</b>	<b>X</b>		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  <b>Alejandro León Saras</b>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  <b>LIC BERTHA DEL CARMEN SANCHEZ GARCIA</b>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					

X