



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>Alejandro Leon SARA</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>25-05-17</b>		
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140-</b>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACION A SERVICIOS A SALUD</b>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <b>TIRZOLADO O PERSONAL MEDICO ALAS JORNADAS MEDICO DE ANIVERSARIO DEL HOSPITAL REGIONAL JURE O BRUNO</b>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>176515</b>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <b>MEV-3200</b>		12/ Km. FINAL <b>176515</b>	<b>*</b>		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>Alejandro Leon SARA</b>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>LIC. BERTHA DELCARMEN SANCHEZ GARCIA</b>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					