



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: DEJANNO LEON SORDS		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 29/05-17		
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION D SERV. D SALUD					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRABAJO DE PERSONAL A LA CLINICA D CONSULTA EXTERNA NAUCALPAN					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 126807	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
10. DE MATRICULA: MEV 3235		12/ Km. FINAL 127085	X		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE REGISTRA			14/ FIRMA DE AUTORIZACION		
DEJANNO LEON SORDS			LIC. BERTHA C. SANCHEZ GARCIA		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					