

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: JUANNO LEÓN SARAS	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 14/6/17
	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140-
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) RECUPERAR REANIMACIONES AL HOSPITAL A DEJAR DOCUMENTACIÓN Y REGIONO TLALNEPANTLA		
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 361109	10/ CON GASOLINA X
No. DE MATRICULA: LRM1166	12/ Km. FINAL 361276	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN
JUANNO LEÓN SARAS		LIC BERTHA D L. SANCHEZ GARCIA
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.		

PAGADO

DIRECCION

