



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALEJANDRO LEON SORAS	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 16/6/17
	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140-

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
COORDINACION DE SERVICIO DE SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) **TRASLADO A PERSONAL A LA CLINICA DE CONSULTA EXT. CUATILAN IZCALLI**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 128327	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRICULA: NEU 3235		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE ALEJANDRO LEON SORAS	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN LIC BERTHA A.C. SANABER GARCIA
--	--

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.