



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	12/ Km. FINAL 128779	*	AGADO
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE ALEJANDRO LEON SORAS		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN LIC BERTHA A.C. SANJER GARCIA	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			