



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Alejandro León Garza		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 5/02/17		
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 1400		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN D' SAU. D' SALUD			PAGADO		
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRASLADO D' PERSONAL MÉDICO Y DEJAR DOCUMENTACIÓN OFICIAL PARA CLÍNICA D' CONSULTA TULTEPEC					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 129720	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
10. DE MATRICULA: MEU 3235		12/ Km. FINAL 129844	X		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Alejandro León Garza			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN LIC BERTHA O. C. SANCHEZ GARCIN		

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