



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALEJANDRO LEON SARAS</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>11/07/17</b>
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>1410-</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORD. UNID. D. SERV. D. SAUD</b>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>IR A DEJAR DOCUMENTACION OFICIAL AL CENTRO MEDICO ECATEPEC Y CLINICA D. CONS. EST. ECATEPEC</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>130260</b>	10/ CON GASOLINA
9. DE MATRICULA: <b>MEU 3235</b>		12/ Km. FINAL <b>130440</b>	11/ SIN GASOLINA
		<b>X PAGADO</b>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>Alejandro Leon Saras</b>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>LIC. BERTHA DEL C. SANCHEZ GARCIA</b>	

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