



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Alejandro Luis Saras	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 10/12/17
	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 280

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

COORDINACIÓN DE SERV. D'BAJAD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) **TRASLADO A PERSONAL MEDICO**

A CLINICA O CONSULTA EN ATIZAPAN

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

130095

10/ CON GASOLINA

SIN GASOLINA

PAGADO

No. DE MATRICULA:

MEU 3233

12/ Km. FINAL

130245

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Alejandro Luis Saras

LIC BERTHA DEL C. SANCHEZ CLAR

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