



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ASJANNO LEON SARAS</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>13/07/17</b>		
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140</b>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACIÓN A JEAN. A SALUD</b>			<b>PAGADO</b>		
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>IR A DEJAR DOCUMENTACION OFICIAL A LA CLINICA A CONSULTA EXT. CUATITLAN IZC</b>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>130490</b>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <b>MEU 3235</b>		12/ Km. FINAL <b>130698</b>	<b>✓</b>		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  <b>ASJANNO 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.