



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|--|--|--|------------------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: BERNARDO LEON SAZAS | | 2/ NIVEL: 20 | 3/ FECHA: 25/7/17 |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD | | 4/ RANGO: 4 | 5/ IMPORTE: \$ 140 |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRASLADO DE PERSONAL MÉDICO AL HOSPITAL REGIONAL ZUMPANGO | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL 13130 | 10/ CON GASOLINA |
| No. DE MATRÍCULA: NEU3235 | | 12/ Km. FINAL 13139 | 11/ SIN GASOLINA |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE BERNARDO LEON SAZAS | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN DR. BERTHA C. SANCHEZ GARCIA | |

X PAGADO

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