

### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL:

20

3/ FECHA:

3 / Ago / 17

Alejandro Leon Soras

4/ RANGO:

4

5/ IMPORTE: \$

140-

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

COORDINACIÓN D SERV. D SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

TRASLADO D PERSONAL MEDICO  
AL CONSULTORIO CUAZIMLAN MEXICO

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

181621

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

MEN 3206

12/ Km. FINAL

181824

a

PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:

Alejandro Leon Soras

LIC. BERTHA D C. SANCHEZ GARCIA

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