

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Alejandro León Saras</i>	2/ NIVEL: <i>20</i>	3/ FECHA: <i>21 Ago 14</i>
	4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>240-</i>

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

COORDINACION D SEGURO A SALUD

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

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

MEU 3235

9/ Km. INICIAL

131640

12/ Km. FINAL

131850

10/ CON GASOLINA

X

11/ SIN GASOLINA

PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Alejandro León Saras

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

LIC. BERTHA À C. SANCHEZ GARCIA

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