



# PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL:

20

3/ FECHA:

1/Ago/17

4/ RANGO:

4

5/ IMPORTE: \$

140

Alexandro León Saras

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

COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRAINING PERSONAL MEDICO AL CENTRO MEDICO ECATEPEC

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

131387

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

MEU 3235

12/ Km. FINAL

131640

X

PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACION

Alexandro León Saras

LIC BERTHA D CARMEN SANCHEZ GARCIA

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