

PAGO DE VIATICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALEXANDRO LEON SARAS</b>	2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>4/19/01/17</b>
	4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140.</b>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
**COORDINACION D SERV D SALUD**

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)  
**EN UN VIAJE AL CONSULTORIO MEDICO MALINDOC**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <b>123 040</b>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRICULA: <b>MFR 1392</b>	12/ Km. FINAL <b>123 184</b>	<b>R</b>

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <b>Alexandro Leon Saras</b>	14/ FIRMA DE AUTORIZACION: <b>LIC BERTHA O C. SANCHEZ GONZALEZ</b>
---	---

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