



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Alejandro León Soras	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 10/09/17
	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 280.

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

COORDINACIÓN A SERV. O SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) **TRABAJO a PERSONAL MEDICO O -
H. R. UANES BRAVO C. C. EXT UANES BRAVO C. C. EXT UANES
VICTORIA**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 132350	10/ CON GASOLINA PAGADO	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRICULA: MBN 3235		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Alejandro León Soras	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN LIC BERTHA I C SANCHEZ GARCIA
--	---

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