



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 15/AGO/17	
ALEJANDRO IRON SARAS		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		<b>PAGADO</b>		
COORDINACIÓN A SERV. D SALUD		7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRAMITADO A PERSONAL MÉDICO D SUPERVISIÓN D LA CLÍNICA D CONSULTA EXT. ECATEPEC		
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:	<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 132818	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA:	MEN 3235	12/ Km. FINAL 133070	X	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
ALEJANDRO IRON SARAS		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.