



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: | | PAGADO | | |
| COORDINACIÓN A SERV. D SALUD | | 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRAMITADO A PERSONAL MÉDICO D SUPERVISIÓN DE 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.