



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>Alejandro León SARA</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>11/ AGO / 17</b>
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140 -</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACIÓN A SERV. O SALUD</b>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>TRASLADO O PERSONA MÉDICO</b> <b>al Hospital Regional Valle de Chalco</b> <b>PAGADO</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>132590</b>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: <b>MEV 3235</b>		12/ Km. FINAL <b>132794</b>	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <b>Alejandro León SARA</b>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <b>LIC. BERTHA C. SALMER GARCIA</b>	

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