



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Alejandro León SARA		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 11/ AGO / 17	
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140 -	
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) TRASLADO D PERSONA MEDICO al Hospital Regional Valle de Chalco PAGADO				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 132590	10/ CON GASOLINA	
No. DE MATRÍCULA: MEV 3235		12/ Km. FINAL 132794	X	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: Alejandro León SARA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: LIC. BERTHA C. SALMER GARCIA	

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