

# PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

DEJONORO LEON SARAS

2/ NIVEL:

20

3/ FECHA:

14 / 09 / 01

4/ RANGO:

4

5/ IMPORTE: \$

140

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

COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

## PAGADO

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

MEDICO A LA CLINICA DE EXTERNA AT. 2000 AN TRASLADO PERSONAL

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

M N 7 - 7694

9/ Km. INICIAL

123604

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

12/ Km. FINAL

123872

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

DEJONORO LEON SARAS

14/ FIRMA DE AUTORIZACION

LIC BETTINA O C. SANCHEZ GARCIA

NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.