



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: DEYANNO LEON SARAS	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 5/SEP/17
	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 280

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

COORDINACION DE SALUD O SALUD

PAGADO

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
**IR A LA ENTREGA Y RECEPCION DE LA C.C.E
 EN ATZPEC NORTE Y DE LA DOCUMENTACION OFICIAL DEL HOSPITAL REGIONAL
 TLOLNEPANTLA**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 135089	10/ CON GASOLINA X	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRICULA: NEW 3235		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE DEYANNO LEON SARAS	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN 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.