



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL:

20

3/ FECHA:

4/ SEP/17

DEJONARDO LEÓN SARAS

4/ RANGO:

4

5/ IMPORTE: \$

200 -

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) - TRASLADO A PERSONAL MÉDICO A SU DEPENDENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL TLANAQUILA

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

MEV 3035

9/ Km. INICIAL

134750

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

12/ Km. FINAL

134987

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

DEJONARDO LEÓN SARAS

LIC. BERTHA DEL CARMEN SANCHEZ GARCIA

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