



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: DEJONARO LEÓN SARAS		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 4/ SEP/17	
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 200 -	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN D SERVICIOS D SALUD			PAGADO	
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRASLADO A PERSONAL MEDICO A SU QUEDACION AL HOSPITAL REGIONAL TLANAPAN LA				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 134750	10/ CON GASOLINA		11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA: MEV 3035	12/ Km. FINAL 134987	X		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE DEJONARO LEÓN SARAS		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN 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.