

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALVARADO LEÓN SARRAS	2/ NIVEL: 20 4/ RANGO: 4	3/ FECHA: 1/SEP/17 5/ IMPORTE: \$ 140	
PAGADO			
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COMBINACIÓN DE SERVICIOS A SALUD			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) DIRIGIDO A PERSONAL MÉDICO O SUPLENCIÓN AL HOSPITAL REGIONAL DEL NEPANTLA			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: MEU 3235	9/ Km. INICIAL 134550 12/ Km. FINAL 134680	10/ CON GASOLINA X	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
ALVARADO LEÓN SARRAS	LIC. BERTHA Y CARMEN SANCHEZ GARCIA		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

x