



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALFONSO LEON SARRAS</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>7/9/17</b>
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>280.-</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACION A SEAU. O SAHO</b>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>TRASHO O PERSONAL MEDICO REUNION CON PERSONA DIRECTIVO</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>134846</b>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: <b>MRN 5235</b>		12/ Km. FINAL <b>135200</b>	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>ALFONSO LEON SARRAS</b>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>LIC BERTHA O L. SANCHEZ GARCIA</b>	

**PAGADO**

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

X