



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Alejandro León Sora		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 25/02/17
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140.
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN Y SERVICIOS A SALVO			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) PARA DEJAR DOCUMENTACIÓN OFICIAL DE LA COORDINACIÓN A SERVO. A SALVO CONSULTORA SIN GUERRERO Y HOSPITAL REGIONAL TENANINGO.			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 136 502	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: NEV 3235		12/ Km. FINAL 136 672	11/ SIN GASOLINA *
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Alejandro León Sora		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN BETHA D. C. SANCHEZ GARCIA	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

PAGADO