



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

ALFONSO BEN

2/ NIVEL:

20

3/ FECHA:

19/SEP/17

4/ RANGO:

4

5/ IMPORTE: \$

140

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

COORDINACIÓN A SEMU O SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

OFICIAL DE LA COORD. NACIONAL DE SEMU DE SALUD  
IR A DEJAR DOCUMENTACIÓN

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

MEU 3235

9/ Km. INICIAL

135940

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

12/ Km. FINAL

136173

X

**PAGADO**

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

ALFONSO BEN

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

BERTHA D. C. SANCHEZ GARCIA

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