

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALFONSO LEÓN SARRAS	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 3/Oct. 17
	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140-

PAGADO

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
COORDINACIÓN DE SEAU Y SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) **IR A DEJAR DOCUMENTACIÓN propia de la coordinación al Hospital Regional Nezahualcoyotl y Centro Médico Ecatepec**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: NEU 3235	9/ Km. INICIAL 137189	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL 137407	X	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE ALFONSO LEÓN SARRAS	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN 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.

X

X