

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

ALFONSO LEON SARAS

2/ NIVEL:

20

3/ FECHA:

19 / OCT - 17

4/ RANGO:

4

5/ IMPORTE: \$

280

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

COORDINACION A SERV. A SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
AL MUNICIPIO DE OCUILAN TRANSADO A PERSONAL MEDICO

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

MEU 3235

9/ Km. INICIAL

138353

10/ CON GASOLINA

X

11/ SIN GASOLINA

PAGADO

12/ Km. FINAL

138580

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

ALFONSO LEON SARAS

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.