



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALEJANDRO LEON SARAS		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 26/10/17		
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION O SERVICIOS DE SALUD					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRASLADO DE PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TLANEPANTLA					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 130 224	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: MFR 1392		12/ Km. FINAL 130 453	X		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE ALEJANDRO LEON SARAS			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN BERTHA O CARMEN SANCHEZ GARCIA		

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