

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: DEJANADO LEON SARAS	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 30/07/17
	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140-

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
COORDINACION A SERV. O SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
PROPIA DE LA COORDINACION - IR A DEJAR DOCUMENTACION OFICIAL

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 188140	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA: NE13206	12/ Km. FINAL 188455		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE SE DESPACHA: DEJANADO LEON SARAS	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.