



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALONSO LEON SARAS		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 14/Nov/17		
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140-		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION D SERV A SALUD					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) IR A DEJAR DOCUMENTACION OFICIAL DE LA COORDINA CON A SEM D SALUD					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 169602	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: MEV 3235		12/ Km. FINAL 169854	X		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: ALONSO LEON SARAS			FIRMA DE AUTORIZACIÓN: MARTA D CARMEN SANCHEZ GARCIA		

PAGADO

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

X