



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALEJANDRO LEÓN SORAS</b>	2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>16/NOV/17</b>
	4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140.</b>

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

**COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**PAGADO**

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) **LEA DE UN DOCUMENTACIÓN OFICIAL**  
**HOSPITAL REGIONAL ATLACOMULCO. C.C. EXT. JILOTEPEC. Y CON CONTORNO**  
**MEDICO LOMA DE ACAMBAY**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR DE MATRÍCULA: <b>NEV 3235</b>	9/ Km. INICIAL <b>140040</b>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <b>140358</b>	<b>X</b>	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SOLICITANTE: **ALEJANDRO LEÓN SORAS**

14/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ASESORADO: **BERTHA C SANCHEZ GARCIA**

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

X