



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>ALEJANDRO LEON SORIAS</b>		2/NIVEL: <b>20</b>	3/FECHA: <b>8/03/17</b>
		4/RANGO: <b>4</b>	5/IMPORTE: \$ <b>106</b>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACION DE ATENCION MEDICA</b>			
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) <b>TRASLADO A PERSONAL MEDICO Y ADMINISTRATIVO</b>			
<b>PAGADO</b>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL: <b>356402</b>	10/CON GASOLINA: <b>X</b>	
NO. DE MATRÍCULA: <b>LRN 1166</b>	12/KM. FINAL: <b>356485</b>	11/SIN GASOLINA:	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>ALEJANDRO LEON SORIAS</b>		14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>DRA. ALMA E. SEVERIANO SANCHEZ</b>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			