



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Alejandro Leon Sadas</i>		2/ NIVEL: <i>20</i>	3/ FECHA: <i>9/6/17</i>	
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>280-</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>DEPARTAMENTO DE 2-4 3 NIVEL A ATENCION</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>TRASLADO O PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ENTREGA DE DOCUMENTACION PARA CLINICA A CONSULTA EXT 20 ACACALCO</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>MEV 3235</i>		12/ Km. FINAL	<i>*</i>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:		
<i>Alejandro Leon Sadas</i>		<i>DRA. ALMA E. SEVERIANO SANCHEZ</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				