



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ASIGNANO LEON SORDS		2/NIVEL: 20	3/FECHA: 23/09/17
NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: DEPARTAMENTO DE ATENCION EN ENFERMERIA		4/RANGO: 4	5/IMPORTE: \$ 140
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S) TRASLADO DE PERSONAL A LA FIRMA DE CONVENIO EN EL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL: 13845	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA:	12/KM. FINAL: 138625	X	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE ASIGNANO LEON SORDS		14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN DRA. ALMA E. SEVERIA SANCHEZ	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			

PAGADO

31302-DAE