



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Adriana Yacmin Alvarez Aldrete</i>		2/ NIVEL: <i>22</i>	3/ FECHA: <i>11/07/2017</i>
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>106.00</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Unidad de Comunicación Social</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO (S): <i>Visita de supervisión al Hospital Regional Valle de Bravo.</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL: <i>141043</i>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: <i>44B2537</i>		12/ Km. FINAL: <i>141205</i>	11/ SIN GASOLINA <i>X</i>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Adriana Yacmin Alvarez Aldrete</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>Ingrid Paola Martínez</i>	

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

I.S.S.E.M.Y.M.

50 000 002/17

Unidad de Comunicación Social

RECIBI DÍEN V/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN

Nombre: *Adriana J. Alvarez Aldrete*

Cargo: *Fotografo*

Firma: *[Signature]*

Fecha de Recepción: *11/07/2017*

Sub. Obros  
110