



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Ma. de Lourdes Sánchez Estrada</i>		2/ NIVEL: <i>23</i>	3/ FECHA: <i>18/10/2017</i>		
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>300.00</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervisión y capacitación a la clínica de consulta Externa Jiquipilco</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>146076</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <i>MDN 5154</i>		12/ Km. FINAL <i>146149</i>	<i>X</i>		
<i>Ma. de Lourdes Sánchez Estrada</i>		* 18 OCT 2017 *		<i>E. PATRICIA BACA BUENO</i>	
		CLINICA DE CONSULTA EXTERNA JIQUIPILCO			

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

X

18 OCT 2017