



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |  |                        |   |                  |
|---|--|------------------------|---|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><b>Edna Eva Colín Hernández</b>  |  | 2/ NIVEL:<br><b>76</b> | 3/ FECHA:<br><b>09/04/2017</b>                                  |                  |
|   |  | 4/ RANGO:<br><b>02</b> | 5/ IMPORTE: \$<br><b>\$127.00</b>                               |                  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><b>Clinica "Alfredo del Mazo Vélaz"</b>  |  |                        |   |                  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)<br><b>Asistencia al curso en Hospital Regional Tlaxpantla de administradores de la FEPADE.</b> |  |                        |   |                  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR  |  | 9/ Km. INICIAL         | 10/ CON GASOLINA  | 11/ SIN GASOLINA |
| No. DE MATRICULA:   |  | 12/ Km. FINAL          |   | <b>X</b>         |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br><b>Edna Eva Colín Hernández</b>  |  |                        | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><b>Olga Rosalia González López</b> |                  |

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

CLINICA CONSULTA ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ  
 REGISTRO BIEN Y/O SERVICIO PRESTADO  
 POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN.  
 NOMBRE: **Edna Eva Colín Hdez**  
 CARGO: **Jefe de Oficina**  
 FECHA: **04/04/2017**

50 000 002/17



\* 04 ABR 2017 \*

PAGADO  
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
"ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ" 39501

2... Gustavo O. Mercado J...  
*[Signature]*

3751.- ASISTENCIA A CURSO EN HOSPITAL REGIONAL TLANELPANTLA DELA FEPADE  
 UNIDAD: 39501  
 PROYECTO: 0302020104  
 META: 12  
 DENOMINACIÓN: CONTROL Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION  
 FONDO: SALUD