

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Urbano Pérez Rosa Isela</i>		2/ NIVEL: <i>03</i>	3/ FECHA: <i>28/04/17</i>
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Consultorio Médico San José Villa de Allende</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Entrega de documentación e informes (varios) a la Clínica "Alfredo del Mazo Velez"</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Urbano Pérez Rosa Isela</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Sabrina González Sánchez</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ. REGISTRARLO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

50 000 002/17



* 28 ABR 2017 *

PAGADO
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
ALFREDO DEL MAZO VELEZ

I. S. S. E. M. Y. M.	
CONSULTORIO MÉDICO DE VILLA DE ALLENDE	
RECIDI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION.	
NOMBRE:	<i>S. María Jesús Contreras</i>
CARGO:	<i>Responsable del Consultorio</i>
FIRMA:	<i>[Signature]</i>
FECHA DE RECEPCIÓN:	<i>28/04/17</i>

Sabrina González Sánchez

Unidad 39803

3751- Entrega de Documentación a la CAMU.

Proyecto: 0302010203

Meta: 31

Descripción: Desarrollo de la enseñanza e investigación Fondo Salud.

Dr. Gabriela...