



395

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Luis Medina Soto</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>17-Jul-2017</i>
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>127</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>CAMU</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Traslado de paciente Centro Medico Ecatepec</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
		12/ Km. FINAL	11/ SIN GASOLINA <i>x</i>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Luis Medina Soto</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Gabriela González Sánchez</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.  
CLINICA CONSULTA ALFREDO DEL MAZO VELEZ  
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO  
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION.  
NOMBRE: *Luis Medina Soto*  
CARGO: *Chf. C. de Ambulancia*  
FIRMA: *[Signature]*  
FECHA DE RECEPCION: *17-11-2017*

\* 17 JUL 2017 \*  
PAGADO  
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA  
"ALFREDO DEL MAZO VELEZ" 19501

*[Signature]*  
Gabriela González Sánchez

*[Signature]*  
Dr. Gustavo O. Mercado Flores

3751: Traslado de paciente a Centro Medico Ecatepec