

256

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Diego Aguilar Rodriguez</i>		2/ NIVEL: <i>14</i>	3/ FECHA: <i>01-June-2017</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO -ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Clinica Alfredo del Mazo Votter</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>127.00</i>
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Traslado de paciente a centro medico ecatepec</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>040511</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA:	12/ Km. FINAL <i>040783</i>		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Diego Aguilar Rodriguez</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Gabriela González Sorich</i>	

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

50 000 002/17

x

UNICA CONSULTA REQUERIDA DEL MEDICO VE
 TACION BIEN VO SERVIDO AGRADO
 DE-R ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION.
 NOMBRE: *Diego Aguilar R*
 CARGO: *Chefe de ambulancias*
 FECHA: *01-06-17*

Unidad 39501
 3751. Para paciente que se traslado a Centro
 Médico Ecatepec.
 Proyecto 0302010101
 Meta 12
 Proyecto Atención a la Salud