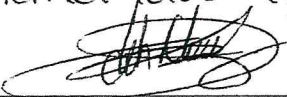




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2/ NIVEL: 04	3/ FECHA: 17/03/2017.
Edith Hernandez Reyna.		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 127.00
6. NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN			
Clínica de Consulta Externa Villa Victoria.			
7. JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Entrega - Recepción de documentación.			
8. MODALIDAD DE TRANSPORTE		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		11/ SIN GASOLINA	
12/ No. DE MATRÍCULA		13/ Km. FINAL	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Edith Hernandez Reyna. 		Miriam Alanís Reyes 	

NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VIJO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

50 000 092/17

X

I. S. S. E. M. Y. M.	
CONSULTORIO MÉDICO DE VILLA VICTORIA	
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO	
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION.	
NOMBRE:	Edith Hernandez Reyna.
CARGO:	Encargada Especialista.
FIRMA:	
FECHA DE RECEPCION:	17/03/2017.

DR. GUSTAVO OSVALDO MERCADO FLORES

