



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Lucía Angélica Albarrán Calderón</i>		2/NIVEL: <i>23</i>	3/FECHA: <i>03-05-2017</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica Departamento de Medicina Familiar</i>		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i>
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)) <i>Supervisión del Modelo de Gestión y medicina Familiar a la Clínica Regional Cuatitlán /zcalli el día 3 de mayo del 2017</i>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: <i>359612</i>	10/CON GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA: <i>LRM1166</i>		12/KM. FINAL: <i>359848</i>	11/SIN GASOLINA:
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Lucía Angélica</i> <i>Lucía Angélica Albarrán Calderón</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> <i>Dra. Alma Edith Severiano Sánchez</i>	

PAGADO

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