



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Lucía Angélica Alborrán Calderón</i>		2/NIVEL: <i>23</i>	3/FECHA: <i>22-05-2017</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 programa de Medicina Familiar en el consultorio Villa de Allende el día 22 de mayo 2017</i>				
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: <i>32697</i>	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA: <i>NAS-1013</i>		12/KM. FINAL: <i>33128</i>	<i>SI</i>	<i>JA</i>
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Lucía Angélica Alborrán Calderón</i>			14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra. Alma Edith Severiano Sánchez</i>	

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

31300