



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Lucía Angelica Albarrán Calderón</i>		2/NIVEL: <i>23</i>	3/FECHA: <i>03-03-2017</i>		
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Medicina Familiar</i>		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>280.00</i>		
7/JUSTIFICACIÓN : MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S) <i>Supervisión del Expediente Clínico del Centro Medico Ecatepec el día 03-de Julio del 2017</i>					
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: <i>179981</i>	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:	
NO. DE MATRÍCULA: <i>MEV 3206</i>		12/KM. FINAL: <i>180208</i>	<i>Con gasolina lleno.</i>		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Lucía Angelica Albarrán Calderón</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra. Alma Edith Severiano Sanchez</i>		

PAGADO

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