



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: Lic. Orlando A. Reynoso Contreras		2/NIVEL: 23	3/FECHA: 09/08/17
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdirección de Atención Médica		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140.00
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)) Se acudió a la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Norte a recibir la firma del Aviso de Funcionamiento y Responsable Sanitario			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: 4424	10/CON GASOLINA: SI Lleno.
NO. DE MATRÍCULA: MAS 10-19		12/KM. FINAL: 4652	11/SIN GASOLINA:
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Orlando A. Reynoso Contreras		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Dra. Alma Edith Guerrero Sánchez	

**PAGADO**

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