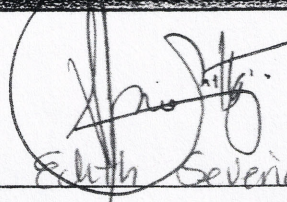




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 23	3/ FECHA: 04-12-17	
Lucia Angélica Albarán Calderón		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140 ⁰⁰	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
Departamento de Primer Nivel de Atención y Medicina Familiar				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)				
Supervisión de Expediente Clínico en Hospital Regional Tejiplaco				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		130426	SI	PAGADO
No. DE MATRÍCULA: MEU5235		12/ Km. FINAL		
		130631		
15/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SOLICITANTE				
Lucia Angélica				
Lucia Angélica Albarán Calderón				
		Dra. Alma Elith Severiano Sánchez		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				