



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA:
Orlando Augusto Reynoso Contreras		23	13/11/2017
4/ RANGO:		5/ IMPORTE: \$	
2		140.00	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Departamento de Atención en Enfermería			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Se acudió a la clínica de Consulta Externa Acambay a efecto de dar seguimiento a los trámites de Actualización de Responsable Sanitario de adscripción			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		138874	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	PAGADO
MEY - 32106		189068	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Orlando Augusto Reynoso Contreras		 Dra. Alma Edith Beveland Sánchez	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			