



686

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Urbano Pérez Rosa Isela</i>		2/ NIVEL: <i>03</i>	3/ FECHA: <i>08/11/17</i>	
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>127.00</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Consultorio Médico San Jose Villa de Allende</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Entrega de Documentos a la Clínica Alfredo del Mazo Velez</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Urbano Pérez Rosa Isela</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Gonzalez</i>	

NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

50 000 002/17

X



* 8 NOV 2017 *

PAGADO
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
203P "ALFREDO DEL MAZO VELEZ" 39501

I. S. S. E. M. Y. M.
CONSULTORIO MÉDICO DE VILLA DE ALLENDE
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION.
 NOMBRE: *Dr. Maria Valdes Contreras*
 CARGO: *Responsable del Consultorio*
 FIRMA: *[Signature]*
 FECHA DE RECEPCION: *08/11/17*

Dr. Gonzalez

*3751r Entrega de documentos a la CAMU
Unidad: 39803
proyecto: 0302010203
metri: 31*

Desarrollo de la enseñanza e investigación