

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: JORGE CURIEL MENDOZA		2/ NIVEL: 10	3/ FECHA: 28- ABRIL- 2017
		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100.00
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) ENTREGA RECEPCION DE DOCUMENTOS EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION Y DESARROLLO DE PERSONAL, DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION DE PERSONAL, CONTROL DE PAGOS, SUBDIRECCION DE TESORERIA, SUBDIRCCION DE SALUD, DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD, EGRESOS, DIRECCION DE ATENCION A LA SALUD Y CONTROL DE INGRESOS, ADEMAS DE ENTREGAR MUESTRAS DE AGUA POTABLE EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA.			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: MEV-3217		9/ Km. INICIAL 215473	10/ CON GASOLINA 1/4 TANQUE
		12/ Km. FINAL 215734	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE JORGE CURIEL MENDOZA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN LIC. GREGORIO SANCHEZ PEREZ	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

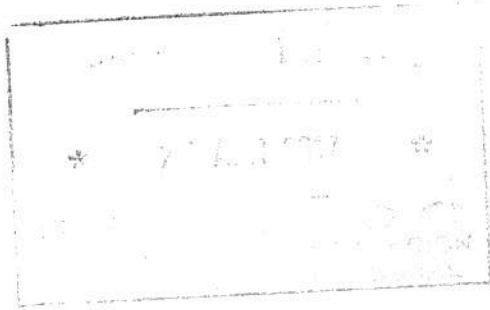
50 000 002/17

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION
NOMBRE: JORGE CURIEL MENDOZA
CARGO: CHOFER AMBULANCIA
FIRMA: [Firma]
FECHA DE RECEPCION: 28 ABRIL 2017

28 ABR 2017

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA
RECIBIDO
28 ABR 2017
RECEPCION DE MUESTRAS

IQ. LUZ MARIA MENEGAS BARRERA
RESPONSABLE DE
RECEPCION DE MUESTRAS



DEPTO. DE ADMINISTRACION DE PERSONAL
28 ABR 2017
RECIBIDO



issemym

28 ABR 2017

* 28 ABR 2017 *

RECIBIDO
SUBDIRECCION DE TESORERIA
FIRMA: _____ HORA: _____
203F

RECIBIDO
2017
SUBDIRECCION DE SALUD



issemym

28 ABR 2017

* 28 ABR 2017 *

RECIBIDO
DEPARTAMENTO DE EGRESOS
203 F 51202

EL PARTAMENTO
DE CONTACTO

ISSEM YM
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE INGRESOS
RECIBIDO



issemym

RECIBIDO

28 ABR 2017

FIRMA: _____ HORA: _____

DIRECCION DE ATENCION A LA SALUD
203F 31000

HORA: _____
NOMBRE: _____