

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|--|--|---|-------------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ELIZABETH AGUILAR HERNANDEZ | | 2/ NIVEL: 14 | 3/ FECHA: 07-JULIO-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) ACUDIR A LA DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN LA CD. DE TOLUCA PARA RECOGER CONSTANCIAS DE SERVICIO SOCIAL. | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: MEV-3217 | | 9/ Km. INICIAL 221695 | 10/ CON GASOLINA |
| | | 12/ Km. FINAL 221950 | 11/ SIN GASOLINA |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Elizabeth Aguilar H.</i> ELIZABETH AGUILAR HERNANDEZ | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Gregorio Sanchez Perez</i> 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

ISSEMUM
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO
POR ESTE DOCUMENTO, A SATISFACCION
NOMBRE: *Aguilar Hernandez Elizabeth*
CARGO: *Asesora de Personal*
FIRMA: *Elizabeth Aguilar H.*
FECHA DE RECEPCION: *26/07/17*

ISSEMUM
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
26 JUL 2017
PAGADO

Vo. Bo.

[Signature]
DRA. MARIA DE LOURDES RODRIGUEZ COVIAN
DIRECTORA
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC CENTRO

THE FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
DEPARTMENT OF JUSTICE
WASHINGTON, D. C. 20535
OFFICE OF THE DIRECTOR
ATTENTION: [illegible]
[illegible]
[illegible]

07 JUL 2017