

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Urbano Pérez Rosales		2/ NIVEL: 03	3/ FECHA: 12/05/17
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Consultorio Médico San José Villa de Allende		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 127
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Entrega de documentación a la Clínica Alfredo del Marzo Velaz			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Urbano Pérez Rosales		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Gabriela González Sánchez	

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

50 000 002/17

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: Rosales Urbano Pérez  
CARGO: Enfermera del Consultorio  
FIRMA: [Firma]  
FECHA DE RECEPCION: 12/05/17

[Firma] Francisco Flores

3751. Entrega de documentación  
Meta 31  
Proyecto 0307010203  
Descripción Proyecto Desarrollo de la enseñanza  
y investigación.