



**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>Stephany Guadalupe Agredano García</b>		NIVEL: <b>11</b>	FECHA: <b>21/09/15</b>
		RANGO:	IMPORTE \$ <b>100</b>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>72000 Dirección de Desarrollo y Calidad</b>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <b>Aplicación de encuestas de Percepción de las Profesionales de la Salud Hospital Regional Tlalnepantla</b>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<b>Stephany Guadalupe Agredano García</b>		<b>Hector Benito Adolfo Maldonado Trejillo Director de Desarrollo y Calidad</b> DIRECTOR	
		ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			