



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Alicia Pérez Alfaro</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>17 de Septiembre de 2015</i>		
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Evaluación de Pruebas</i>					
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistir para asesoría y revisión de manuales de procedimientos médicos en el hospital regional de Zumpango</i>					
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA	
		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Alicia Pérez Alfaro</i>			FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
			 RAFAEL GUILLERMO TORRES LOPEZ DIRECTOR Secretario Particular de la CIC		
			ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					