

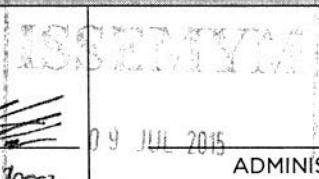
PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | |
|--|------------------|---------------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Stephany Guadalupe Agredano García</i> | NIVEL: <i>11</i> | FECHA: <i>09/Julio/15</i> |
| | RANGO: | IMPORTE \$ <i>100</i> |

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
72400 Subdirección de Proyectos Estratégicos

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Aplicación de encuestas de Percepción de los Profesionales de la Salud Centro Médico Ecatepec.

| | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|
| MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | Km. INICIAL | CON GASOLINA | SIN GASOLINA |
| | Km. FINAL | ✓ | |

| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE | FIRMA DE AUTORIZACIÓN |
|---|--|
| <i>Stephany Gpe. Agredano García</i> |  <i>Rafael Gutiérrez</i> DIRECTOR ADMINISTRADOR <small>Secretaría de Finanzas y Contabilidad</small> |

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

✂