

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Stephany Guadalupe Agredano García</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>28-Julio-2015</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100</i>		
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Dirección General de Calidad Educación en Salud para</i> <i>Asesoría Cirujía Segura Salva Vidas Sin Sello</i>					
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 <i>Stephany Guadalupe Agredano García</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>E. Patricia Boca Bero</i> 28 JUL 2015 SUBDIRECCIÓN DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS			
		ADMINISTRADOR			

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