



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: II	FECHA: 18/05/15
hois Enrique Camillo Romero		RANGO:	IMPORTE \$ 100
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 72000 Dirección de Desarrollo y Calidad			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Revisión del Plan de Mejora Continua en el Centro Médico ISSEMYM en Ecatepec			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
hois Enrique Camillo Romero		18 MAY 2015	
		RAFAEL G. TORRES LOPEZ DIRECTOR SECRETARÍA PARTICIPACIÓN	
		ADMINISTRADOR	

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