



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jose Armando Calzada Arellano</i>		NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>19/05/15</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000</i> <i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>3100</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>levantamiento de encuestas indicas II al 19 de Mayo 2015 al centro médico ecatepec</i>			
MOD. <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>Jose Armando Calzada Arellano</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Mafael Guillermo Torres Lopez</i> MAY 2015	
		ADMINISTRADOR	

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