

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jocana Guadalupe Shmulkovsky Sanchez</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>19/05/15</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000 Direccios de Desarrollo y Calidad</i>		

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)  
*Evaluación del Programa de la Lista de Verificación de Ciudad Segura, a 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 <i>Jocana Gp. Shmulkovsky Sanchez</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Rafael G. Torres López</i> SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN
	9 MAR 2015 ADMINISTRADOR

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

✘

*[Faint handwritten text]*