

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Stephany Guadalupe Agredano García</i>		NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>19-05-15</i>		
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000 Dirección de Desarrollo y Calidad</i>					
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Aplicación de encuesta de "Persección de los Profesionales de Salud" Centro Médico Ecatepec</i>					
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CÓN GASOLINA	SIN GASOLINA	
		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Stephany Gpe. Agredano García</i>			FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> 9 MAY 2015 <i>Secretario Bol. Rafael Guillermo Torres</i> DIRECTOR		ADMINISTRADOR

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

✘