



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL:	FECHA:
<i>Jocana Guadalupe Shmulikovsky Sánchez</i>		11	26/05/15
		RANGO:	IMPORTE \$
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		72000	Dirección de Desarrollo y Calidad
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)			
<i>Evaluación del Programa HECIC al Centro Médico Ecatepec</i>			
MOD. DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	<i>03/05/15</i>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Jocana Gpe. Shmulikovsky Sánchez</i>		<i>Rafael G. Torres Lopez</i> 26 MAY 2015	
		DIRECTOR ADMINISTRADOR	

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

X