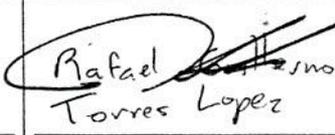


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL:	FECHA:
José Armando Calzaba Arellano		11	12/01/15
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		RANGO:	IMPORTE \$
Subdirección de Proyectos Estratégicos			\$127
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)			
Entrega de reporte indicas # en centro medico 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	
 José Armando Calzaba Arellano		 Rafael Torres Lopez Secretario Particular DIRECTOR	
		ISSEMYM ADMINISTRADOR 17 ENE 2015	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

PAGO