

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Agustín Agustín Sáenz García</i>		2/ NIVEL: <i>22</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>15/Jun/2016</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Verificación de Programas de Calidad: IMJICAS, HECIC, Percepciones de los Profesionales de la Salud a la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Centro</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		10/ Km. FINAL: ISSEMYM	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Agustín Agustín Sáenz García</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		PAGADO DIRECTOR (A) <i>Reza Bernal</i>		ADMINISTRADOR (A)	

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