

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Stephany Guadalupe Agredano Garcia</i>	NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>26-05-15</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
72000 DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Aplicación de encuesta de "Persecución de los Profesionales de Salud" Centro Médico Ecatepec

MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
	Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  <i>Stephany Gpe. Agredano Garcia</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN  <i>Secretario Part. Rafael Guillermo Torres</i> DIRECTOR	26 MAY 2015 ADMINISTRADOR
--	--	------------------------------

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

✂