



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Arnau Calzada Arellano</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>10/Jul/15</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
72900 Subdirección de Proyectos Estratégicos

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Monitoreo sistema Indices # en Centro Médico Ecatepec

MODALIDAD DE TRANSPORTE:
 OFICIAL PARTICULAR

Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN
<i>José Arnau Calzada Arellano</i>	<i>Manuel Guillermo Torres López</i> SECRETARÍA DE COORDINACIÓN DIRECTOR PARTICIPACIÓN 0 JUL 2015 ADMINISTRADOR

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

8