



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE
Paulo Galindo González

UNIDAD MEDICA - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN
Sub dirección de Salud

NIVEL:
RANGO: *2*

FECHA: *21/04/15*
IMPORTE: \$ *100.00*

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S) DESTINO(S))
Por muestras de feroz al Centro Nacional de Evidencia Genética
de Salud reproductiva en México D.F.

MODALIDAD DE TRANSPORTE:
TRANSPORTE PÚBLICO

VEHÍCULO OFICIAL

VEHÍCULO PROPIO

GASOLINA:

Con

Sin

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Paulo Galindo
7 ABR 2015

Dr. Hugo A. Cornejo Saucedo

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



DIRECCION DE ATENCION A LA SALUD
SUBDIRECCION DE SALUD

PAGADO
21 ABR 2015