



**Pago de Viáticos por Fondo Revolvente**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jose Luis Mendez</i>	FECHA: <i>17-07-15</i>
UNIDAD MEDICA - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>C.C.E. Ecatepec Centro</i>	IMPORTE \$ <i>9100.00</i>
	NIVEL SALARIAL: <i>H10</i>

JUSTIFICACIÓN ( MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)  
*entrega de documentos en Cd. Toluca en dependencias y entrega de fondos, control de pagos, tecnologías de la información, computadora interna, seccion transportes, depto de brostd. atención a la salud, investigación a la salud*

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER SELLO(S) DE LA(S) UNIDAD(ES) MÉDICO - ADMINISTRATIVA(S) QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:  
*Jose Luis Mendez*  
 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC  
 30 JUL 2015

FIRMA DE AUTORIZACIÓN:  
 LIC. VLADIMIR GONZALEZ BUREOS

**PAGADO**

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC  
 RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION  
 NOMBRE: *Jose Luis Mendez*  
 CARGO: *Coordinador*  
 FIRMA: *[Signature]*  
 FECHA DE RECEPCION: *30-07-2015*