



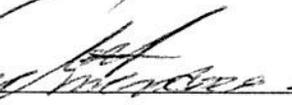
Pago de Viáticos por Fondo Revolvente

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Daniel Martínez</i>	FECHA: <i>23-09-15</i>
UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>C.O.-E. Ecatepec Centro</i>	IMPORTE \$ <i>7100.00</i>
	NIVEL SALARIAL: <i>#110</i>

JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
recojer personal de los reyes 10 vez que dara curso en la clinica de consulta externa ecatepec centro de estimulación temprana

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERA OBTENER SELLO(S) DE LA(S) UNIDAD(ES) MÉDICO - ADMINISTRATIVA(S) QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.	MODALIDAD DEL TRANSPORTE <i>V.P. FICRO</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Jorge Daniel Martínez</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>LIC. DANIEL RAMÍREZ DANIELS</i>

DFP 1 003 001 / 00 3


 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
 RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO
 POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN
 NOMBRE: *Jorge Daniel Martínez*
 CARGO: *Medico de consulta*
 FIRMA: *Jorge Daniel Martínez*
 FECHA DE RECEPCION: *23-09-15*


 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
 23 SEP 2015
PAGADO