



*[Handwritten signature]*

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE<br><i>Arevalo Garcia Corason Angelica</i>   |  | NIVEL: <i>27</i><br>RANGO: <i>2</i>   | FECHA: <i>28 Junio 16</i><br>IMPORTE: \$ <i>100.00</i>               |
| UNIDAD MÉDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN<br><b>DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE UNIDADES MEDICAS</b> |  |   |  |
| JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))<br><i>Salida a supervisar la C.E de Tixtlihuacan</i>         |  |   |  |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE:   |  | GASOLINA:   |  |
| TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>  | VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> | VEHÍCULO PROPIO <input type="checkbox"/>  | Con <input checked="" type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br><i>Arevalo Garcia Corason Angelica</i>                                     |  | FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><i>[Signature]</i><br>DRA. LIZETH URBINA SÁNCHEZ<br>ENC. DE JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE UNIDADES MEDICAS |  |

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