



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Arévalo García Colación Angélica</i>		NIVEL: <i>22</i> RANGO: <i>02</i>	FECHA: <i>10 Junio 16</i> IMPORTE: \$ <i>100.00</i>
UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE UNIDADES MEDICAS			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) <i>Salida a Supervisión de la Clínica Regional Jiltepec.</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		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Arévalo García Colación Angélica</i>		<i>[Signature]</i>	
		enGRANDE GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA DRA. LIZETH URBINA SANCHEZ 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			