



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Ester Eduardo Carpio</i>		NIVEL: <i>03</i>	FECHA: <i>09 Junio 16</i>
UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Departamento de Evaluación y Supervisión de Ouidades Médicas</i>		IMPORTE: <i>100.00</i>	
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHAS), DESTINO (S) <i>Salida a Supervisión de Ouidades Médicas Polotitlán</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 <i>Ester Eduardo Carpio</i>		GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra. Lizeth...</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			

PAGADO
 09 JUN 16
 100.00



ENGRANDE