

### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Covarrón Angelica Ariando García

NIVEL:

22

FECHA: 09 Junio 16

IMPORTE: 100.00

UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

Departamento de Evaluación y Supervisión de Mercados Médicos

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S))

Salida a Supervisar el Consultorio Médico L. Comarca A. Bay

MODALIDAD DE TRANSPORTE:

TRANSPORTE PÚBLICO

VEHICULO OFICIAL

VEHICULO PROPIO

GASOLINA

Con

Sin

GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Dra. ~~Ariando~~ Covarrón Angelica

ENGRANDE  
FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Dra. Lizbeth Urbina Sánchez

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