



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL	FECHA:
Rosy Luz Cortés Franco		4	24 Junio 16
			IMPORTE: \$ 100
UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN			
Departamento de Supervisión y Evaluación			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S))			
Supervisar en el Hospital Regional Atzacomulco			
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	
Rosy Luz Cortés Franco		Dra Lizeth Ybarrá Sánchez	

RECIBIDA