



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Ester Eduardo Corpico</i>	NIVEL: <i>03</i>	FECHA: <i>10 Jun 16</i> IMPORTE: <i>100.00</i>
UNIDAD-MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		
<i>Departamento de Evaluación y Supervisión de Unidades Médicas</i>		
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S))		
<i>Salida a Supervisión del Médico Villa del Carbón</i>		
MODALIDAD DE TRANSPORTE: TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> VEHÍCULO PROPIO <input type="checkbox"/>		GASOLINA: <input checked="" type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Ester Eduardo Corpico</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra. Lizeth Urbán Sánchez</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		

ENGRANDE

ENGRANDE