

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>09 08 16</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección de Latidud</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>a entrega de documentación Traslado a H.P. Zumpango</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Héctor Benito Aguilar Maldonado</i> DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) 09 AGO 2016		

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