

✂



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Moises Luna Solano</i>		NIVEL	FECHA <i>26 Jul. 2016</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Dirección General</i>		RANGO	IMPORTE \$ <i>\$ 106.00</i>
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)) <i>traslado al Director al Hospital Texcoco</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL <input checked="" type="radio"/> PARTICULAR <input type="radio"/>		Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Moises Luna Solano</i>		Km. FINAL	FIRMA DE AUTORIZACIÓN GRANDE <i>Lic. Angelica Puga Gonzalez</i> DIRECTOR ADMINISTRADOR
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

50 000 002 / 12

3751
\$106.00