

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL	FECHA	
Moises Luna Solano			19/Jul./2016	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		RANGO	IMPORTE \$	
Dirección General			\$ 106.00	
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))				
traslado al Director a supervisión de unidades médicas Región 3				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/>		Km. FINAL	X	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
 Moises Luna Solano		 Lic. Angeles Puga Gonzalez DIRECTOR ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				