



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL	FECHA
<i>Moises Luna Solano</i>		<i>22</i>	<i>19/10/2016</i>
		RANGO	IMPORTE \$
		<i>02</i>	<i>\$ 106.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN			
<i>Dirección General</i> PAGADO 1			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))			
<i>traslado al Director al centro medico Ecatepec</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA
OFICIAL <input checked="" type="radio"/> PARTICULAR <input type="radio"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
			<input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Moises Luna Solano</i>		GRANDE	
		<i>Lic. Angelica Z. 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