



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Moises Luna Solano</i>		NIVEL <i>22</i>	FECHA <i>26/10/2014</i>
		RANGO <i>02</i>	IMPORTE \$ <i>\$ 106.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Dirección General</i>			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)) <i>Traslado al director a la clínica El Iniza Pilotepec</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL <input checked="" type="radio"/> PARTICULAR <input type="radio"/>		Km. INICIAL Km. FINAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBÉ		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Moises Luna Solano</i>		GRANDE <i>Angelica Z. Puga González</i>	
<i>Moises Luna Solano</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