


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE			
NOMBRE DEL SOLICITANTE MA. TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ NIVEL 18 RANGO 2		FECHA 23 DE FEBRERO DEL 2017	IMPORTE \$128.00
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION SUBDIRECCION DE INFRAESTRUCTURA INFORMATICA			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)) CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ACAMBAY, PARA TRAMITE DE INFORMACION INHERENTE A LA SUBDIRECCION EL DIA 23 DE FEBRERO DEL 2017			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			MODALIDAD OFICIAL
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  MA TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ		FIRMA DE AUTORIZACION JOSE ISRAEL SALAZAR JIMENEZ SUBDIRECTOR DE INFRAESTRUCTURA INFORMATICA 