



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

MA. TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ NIVEL 18 RANGO 2

FECH A 18 DE
NOVIEMBRE
DEL 2016

IMPORTE
\$80.00

UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION

DEPARTAMENTO DE SOPORTE TECNICO

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA JILOTEPEC PARA TRAMITE DE INFORMACION
INHERENTE A LA SUBDIRECCION EL DIA 18 DE NOVIEMBRE DEL 2016

**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

JORGE P. BECERRIL ARZATE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SOPORTE TÉCNICO