



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

MA. TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ NIVEL 18 RANGO 2

FECHA 23 DE
A NOVIEMBRE
 DEL 2016

IMPORTE
\$80.00

UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION

DEPARTAMENTO DE SOPORTE TECNICO

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))

HOTEL CAMPESTRE EL OCOTAL PARA TRAMITE DE INFORMACION INHERENTE A LA
SUBDIRECCION EL DIA 23 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. BECERRA ARZATE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SOPORTE TÉCNICO