

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		FECHA	24 DE
MA. TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ	NIVEL 18	A	NOVIEMBRE
	RANGO 2		DEL 2016
		IMPORTE	\$80.00
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION			
DEPARTAMENTO DE SOPORTE TECNICO			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))			
CONSULTORIO VILLA GUERRERO PARA TRAMITE DE INFORMACION INHERENTE A LA SUBDIRECCION EL DIA 24 DE NOVIEMBRE DEL 2016			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA		MODALIDAD	
UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN			
CONSECUTIVO.			OFICIAL
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
MA TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ		JORGE P. BECERRIL ARZATE JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SOPORTE TÉCNICO	