



**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

<b>NOMBRE DEL SOLICITANTE</b>		<b>FECH A</b>	<b>17 DE NOVIEMBRE DEL 2016</b>
MA. TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ	NIVEL 18	RANGO 2	<b>IMPORTE</b> \$80.00
<b>UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION</b>			
DEPARTAMENTO DE SOPORTE TECNICO			
<b>JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))</b> CLINICA DE CONSULTA EXTERNA SAN PEDRO LIMON PARA TRAMITE DE INFORMACION INHERENTE A LA SUBDIRECCION EL DIA 17 DE NOVIEMBRE DEL 2016			
<b>NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.</b>			<b>MODALIDAD</b> OFICIAL
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE</b>		<b>FIRMA DE AUTORIZACION</b>	
MA TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ		JORGE P. BECERRIL ARZATE JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SOPORTE TÉCNICO	