



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <i>Sergio Gerardo Colin Carrera</i>	Nivel <i>17</i>	Fecha <i>10/6/117</i>
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción <i>Delegación Administrativa</i>		Importe: <i>\$ 100</i>
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). <i>Entrada de documentación - H. la C. P.</i> <i>Silat - p - c</i>		
Modalidad de transporte: Transporte Público <input type="checkbox"/> Vehículo oficial <input checked="" type="checkbox"/> Vehículo propio <input type="checkbox"/>		Gasolina <input checked="" type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin
Nombre y firma del empleado que recibe <i>Sergio G Colin C</i>	Firma de autorización <i>Lic. Bertha Sanchez G</i>	

Nota: terminada la comisión deberá obtener el sello de la Unidad que visitó registrando estos al reverso y en orden consecutivo.