

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <i>Benjamin Gorduño Gonzalez</i>	Nivel <i>11</i>	Fecha <i>6/10/17</i>
Unidad Médico – Administrativa de Adscripción <i>Delegación Administrativa de la Coordinación S.S</i>	Importe: <i>\$ 106.00</i>	
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)). <i>Traslado de personal medico a C. C. Externa de Silotepec</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>Btg</i> <i>Benjamin Gorduño Gonzalez</i>	Firma de autorización <i>[Firma]</i> <i>Lic Bertha de carmen Sánchez García</i>	

PAGADO

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