



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <i>Sergio Gerardo Colin Carmelo</i>		Nivel <i>17</i>	Fecha <i>17-II-17</i>
Unidad Médico – Administrativa de Adscripción <i>Del. Administrativa</i>			Importe: <i>\$ 106</i>
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). <i>Traslado de personal a la CCE- Villa Guerrero.</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>Bertha del Carmen Sánchez García</i>	

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