



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

JONATHAN MARLON GARCÍA CHANOCUA

NIVEL: **12**

RANGO: **2**

FECHA: **15/02/17**

IMPORTE: **\$ 166.00**

UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))

SE ASISTIÓ AL HOSPITAL REGIONAL TLALNEPANTLA A TRASLADO DE LA DRA. ROSA MARTHA MEDINA PEÑALOZA DIRECTORA DE ATENCIÓN A LA SALUD

MODALIDAD DE TRANSPORTE

TRANSPORTE PÚBLICO

VEHÍCULO OFICIAL

VEHÍCULO PROPIO

GASOLINA:

Con

Sin

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

JONATHAN MARLON GARCÍA CHANOCUA

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

DRA. ROSA MARTHA MEDINA PEÑALOZA

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO