



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Rocio Salinas Rafael</i>		NIVEL: 2 RANGO: 4	FECHA: 14 febrero 2017 IMPORTE: \$ 106.00
UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Departamento de Atención en Enfermería</i>			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) <i>Supervisión de Programa de Clínica de Heridas en HR. Atlacomulco</i>			PAGADO
MODALIDAD DE TRANSPORTE TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>		VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	
		GASOLINA: <input checked="" type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Rocio Salinas Rafael</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Enc. Enf. Gloria Martínez Zepeda</i>	

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