



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

Departamento de Atención en Enfermería

PAGADO

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

Supervisión de Programa de Clínica de Heridas en HR. Atlacomulco

MODALIDAD DE TRANSPORTE

GASOLINA:

TRANSPORTE PÚBLICO

VEHÍCULO OFICIAL

VEHÍCULO PROPIO

Con

Sin

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Rocio Salinas Rafael

Enc. Enf. Gloria Martínez Zepeda

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