



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Silvia Cruz Romero Nivel 4</i>	NIVEL: <i>4</i> RANGO: <i>2</i>	FECHA: <i>01 febrero 2011</i> IMPORTE: \$ <i>106<sup>00</sup></i>
UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Departamento de Atención en Enfermería</i>		<h1>PAGADO</h1>
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) <i>Supervisión área de enfermería de Valle Chedzo Sotchiudo</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>Silvia Cruz Romero</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Firma]</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		