



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Odette Caceres Ter Ueun</i>	NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>01 Marzo 2017</i>
	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: \$ <i>106⁰⁰</i>

UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

PAGADO

Subdireccion de Atencion Medica

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

Supervision de Trabajo Social y Relaciones Publicas H.R. Texcoco

MODALIDAD DE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL <i>356118</i>	CON GASOLINA: <i>Si</i>	SIN GASOLINA
NO. DE MATRICULA <i>LRM1166</i>	Km. FINAL <i>356331</i>		

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Odette Caceres Ter Ueun

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Alma Eschik Severiana Sanchez

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