



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Benjamin Garduño Gonzalez</i>		NIVEL: <i>11</i> RANGO: <i>2</i>	FECHA: <i>01-02-17</i> IMPORTE: \$ <i>106⁰⁰</i>
UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Departamento de Atención en Enfermería</i>			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) <i>Traslado de personal de enfermería para supervisión en HR Valle de Chalco</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		GASOLINA:	
TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>	VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	VEHÍCULO PROPIO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Benjamin Garduño Gonzalez</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dr. Gloria Martínez Zepeda</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			