



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 11	FECHA: 01/10/31
Benjamín Gordonio González		RANGO: 2	IMPORTE: \$ 106.00
UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN			
Sup Dirección de Atención médica			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))			
Traslado de personal a supervisión del H.R de Texcoco			
MODALIDAD DE TRANSPORTE	Km. INICIAL	CON GASOLINA:	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	356 118	Si	
NO. DE MATRICULA	Km. FINAL	PAGADO	
	356 331		
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Benjamín Gordonio González		Dra. Alma Edith Severiano	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			