



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Benjamin Gordonio Gonzalez</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>01/10/31</i>
	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: \$ <i>106.00</i>

UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN  
*Sup Direccion de Atencion medica*

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))  
*Traslado de personal a supervisión del H.R de Texcoco*

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

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Benjamin Gordonio Gonzalez</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dr. Alma Edith Severiano</i>
---	--

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