



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Rocio Salinas Rafael

NIVEL: 2

RANGO: 2

FECHA: 01-feb-2017

IMPORTE: \$ 106.00

UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

Departamento de Atención en Enfermería

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

Supervisión de Programa Clínico de Heridas - H. Valle Chalco Solidaridad

MODALIDAD DE TRANSPORTE:

TRANSPORTE PÚBLICO

VEHÍCULO OFICIAL

VEHÍCULO PROPIO

GASOLINA:

Con

Sin

# PAGADO

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Rocio Salinas Rafael

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Gloria Martínez Zapata

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