



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Rocio Salinas Rafael

NIVEL: 2

FECHA: 01/Marzo/2017

RANGO: 4

IMPORTE: \$ 140.00

UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

# PAGADO

Departamento de Atención en Enfermería  
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)) Heridas en Hospital Regional Texcoco

Supervisión en el área de Enfermería del Programa de Clínica de

MODALIDAD DE TRANSPORTE

OFICIAL  PARTICULAR

NO. DE MATRICULA

LR41166

Km. INICIAL

356118

Km. FINAL

356331

CON GASOLINA:

si

SIN GASOLINA

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Rocio Salinas Rafael

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Licenciada Eloisa Martínez Zepeda