

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NIVEL: <i>C</i>	FECHA: <i>01/3/17</i>
<i>Vicky Car Hernández Ruiz</i>	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: \$ <i>140⁰⁰</i>

UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

PAGADO

Departamento de Atm a Eferencia

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

Supervisión a los servicios de Eutermia. H. Regional Texcoco

MODALIDAD DE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA: <i>si</i>	SIN GASOLINA
	<i>356118</i>		
NO. DE MATRICULA	Km. FINAL		
<i>LRM1160</i>	<i>356331</i>		

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Vicky Car Hernández Ruiz</i> 	FIRMA DE AUTORIZACIÓN
---	---------------------------

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