



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Silvia Cruz Romero

NIVEL: 4

FECHA: 01-Marzo-2017

RANGO: 2

IMPORTE: \$ 110⁰⁰

UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

PAGADO

Departamento de Atención en Enfermería

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

Supervisión a los diferentes programas del área de Enfermería
Hospital Regional Texcoco

MODALIDAD DE TRANSPORTE

OFICIAL PARTICULAR

NO. DE MATRICULA

421166

Km. INICIAL

356118

CON GASOLINA:

si

SIN GASOLINA

Km. FINAL

356331

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Silvia Cruz Romero

[Signature]
HERRERA

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

[Signature]
Lic. Enf. Gloria Martínez Zepeda

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