

## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante

**FERNANDO LECHUGA SANCHEZ**

Nivel

**23**

Fecha

**21/02/2017**

Unidad Médico – Administrativa de Adscripción

Importe:

**\$ 106.00**

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)).

**TRAMITES DEL HOSPITAL REGIONAL TEJUPILCO EN LA COMISIÓN FEDERAL DE ELECTRICIDAD**

# PAGADO

Modalidad de transporte:

Gasolina

Transporte Público

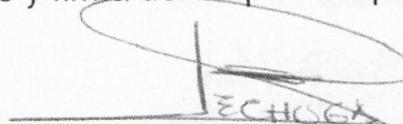
Vehículo oficial

Vehículo propio

Con

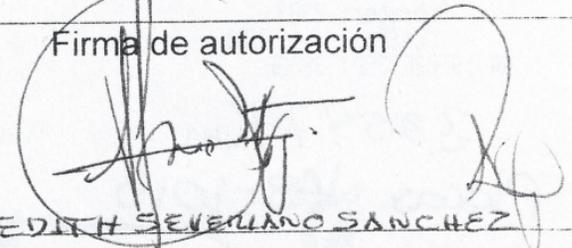
Sin

Nombre y firma del empleado que recibe



**FERNANDO LECHUGA SANCHEZ**

Firma de autorización



**LUCIA EDITH SEVERIANO SANCHEZ**

Nota: terminada la comisión deberá obtener el sello de la Unidad que visitó registrando estos al reverso y en orden consecutivo.