



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL	FECHA:
Rosy Luz Cortes Franco		2	29 Junio 16
UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		IMPORTE: \$ 100	
Departamento de Supervisión y Evaluación			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (\$))			
Supervisar en el Hospital Regional Atzacomulco			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		GASOLINA:	
TRANSPORTE PÚBLICO	VEHÍCULO OFICIAL	VEHÍCULO PROPIO	Con Sin
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Rosy Luz Cortes Franco		Dra Lizeth Urbina Sánchez	