



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>20 oct - 2016</i>
		RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$ <i>100</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Ecatepec revisión documental del COCUSEP, SUG. AVAL Ciudadano</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL	SIN GASOLINA
			<i>X</i>
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Nicolasa Molina Estrada</i>		<i>Luz Araque Santín Urbán</i>	
		DIRECTOR <input checked="" type="checkbox"/>	ADMINISTRADOR
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			