



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | | |
|---|--|---------------------------|--|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i> | | 2/ NIVEL: <i>20</i> | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>12-Ene-2017</i> | |
| | | 4/ RANGO: <i>2</i> | 5/ IMPORTE: \$ <i>300-</i> | |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i> | | | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Jiquipilco a dar seguimiento a los Programas de Calidad</i> | | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: | | 9/ Km. INICIAL: | 11/ CON GASOLINA | 12/ SIN GASOLINA |
| <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 10/ Km. FINAL: | <i>←</i> | |
| 13/ EMPLEADO QUE RECIBE | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN | | |
| <i>Nicolasa Molina Estrada</i> | | <i>[Signature]</i> | | |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA | | DIRECTOR (A) | | |
| | | <i>[Signature]</i> | | |
| | | ADMINISTRADOR (A) | | |

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

