



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO)	
Nicolasa Molina Estrada		20	6-07-2016	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$	
Subdirección de Proyectos Estratégicos		2	300-	
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):				
Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Huixquilucan a revisión de los Programas de CCSS SEP, AVAL ciudadano y SUG				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
☒ OFICIAL ☐ PARTICULAR			X	
		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
Nicolasa Molina Estrada		Luz Araceli Sanjin		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		DIRECTOR (A)		
		ADMINISTRADOR (A)		

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