



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 20	FECHA: 27 - Marzo - 2015
Nicolasa Molina Estrada		RANGO: 2	IMPORTE \$ 127-
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdirección de Proyectos Estratégicos			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Asistencial Al Hospital Regional Valle de Bravo, por capacitación a personal para el Modelo de Gestión para la Atención a Quejas, Sugerencias y F			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Nicolasa Molina Estrada		Luz Araceli Sardin DIRECTOR Morales	27 MAR 2015 ADMINISTRADOR
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			