



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Marlene Molina Estrada</i>		NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>10-ENE-2017</i>
NIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Administración de Proyectos Estratégicos</i>		RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$ <i>100</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Se viajó a la Clínica de Consulta Externa Villa Guzman y Clínica Especializada de los Suf, Seguros Agrarios Acaul Ciudad Juárez.</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
	Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Marlene Molina Estrada</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
	<i>Luzmila Sepúlveda</i> DIRECTOR	<i>Declaro Rubo Reyes</i> ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

50 000 002/13

