



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE Nicolasa Molina Estrada	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 21-04-17
	4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 300.

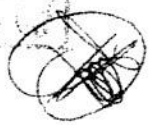
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN
Subdirección de Proyectos Estratégicos

7/ JUSTIFICACION, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
**Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Huixquilucan
a Reunión de COCISEP.**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR 9/ NO. DE MATRICULA	11/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Nicolasa Molina Estrada	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Firma]</i>
---	---

NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VIÓ REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO



X