



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 20	FECHA: 24-Sep-2015
Nicolasa Molina Estrada		RANGO: 2	IMPORTE \$ 100 -
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdirección de Proyectos Estratégicos			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Asistencia al Hospital Regional Toluca por supervisión de documentos de COCSEP.			
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 Aracely Sánchez DIRECTOR ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			