



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>Nicolasa Molina Estrada</b>		NIVEL: <b>20</b>	FECHA: <b>10 - Mar - 2015</b>
		RANGO: <b>2</b>	IMPORTE \$ <b>127<sup>-</sup></b>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Subdirección de Proyectos Estratégicos</b>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <b>Asistencia al Centro Médico Ecatepec a Reunión de COASEP</b>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
		Km. FINAL	SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
FIRMA COMPLETA Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<b>Nicolasa Molina Estrada</b>		 <b>107 AAACR1 SANDRO NORDAN</b> SUBDIRECCIÓN DE COFINAN ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

11 MAR 2015  
PAGADO