



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>10 - Mar - 2015</i>
		RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$ <i>127</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>subdirección de Proyectos Estratégicos</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia al Centro Médico Ecatepec a Reunión de COASEP</i>			
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	
<i>Nicolasa Molina Estrada</i>		 <i>[Signature]</i> DIRECTOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

PASADO