


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL:	FECHA:
Nicolasa Molina Estrada		20	18-08-2016
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		RANGO:	IMPORTE \$
Subdirección de Proyectos Estratégicos		2	300-
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)			
Asistencia a la Clínica de Consulta Ext. Villa Guerrero y Clínica de Consulta Ext. Tenango a revisión y seguimiento de los programas SVG. COCUSEP.			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Nicolasa Molina Estrada		 Luz Acosta Santa 9 AGO 2016 PAGO DIRECTOR ADMINISTRADOR	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL RÉVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.