

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>Nicolasa Molina Estrada</b>		NIVEL: <b>20</b>	FECHA: <b>9. Feb- 2016</b>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Subdirección de Calidad</b>		RANGO: <b>2</b>	IMPORTE \$ <b>500-</b>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <b>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Huixquiluca y Clínica de consulta Ext. Santiago Tianguistenco Supervisión de COCSEP, AUAL, MANDE</b>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>Nicolasa Molina Estrada</b>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>Araceli Santín</b> DIRECTOR	
		ADMINISTRADOR	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REQUISITANDO ESTE SELLO AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

**DISSEMINADO**  
FEB 2016  
**PAGADO**