

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Nicolasa Molina Estrada		NIVEL: 20	FECHA: 9. Feb- 2016
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdirección de Calidad		RANGO: 2	IMPORTE \$ 500-
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Huixquiluca y Clínica de consulta Ext. Santiago Tlanguistenco Supervisión de COCSEP, AUAL, MANDE			
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 Nicolasa Molina Estrada		FIRMA DE AUTORIZACIÓN Araceli Santín 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