



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		2/ NIVEL: <i>20</i>	3/ FECHA: <i>24-OCT-2017</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Huixquilucan a supervisión y apoyo a los programas de Calidad</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>192989</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRÍCULA: <i>MGT9501</i>		12/ Km. FINAL <i>193050</i>			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Nicolasa Molina Estrada</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Liceth Urbina Sanchez</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					

50 000 002/17

X



24 OCT 2017

C.C.E. HUIXQUILUCAN

2 01 2017