



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |  |                                 |  |                  |  |
|---|--|---------------------------------|--|------------------|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Nicolasa Moliña Estrada</i>   |  | 2/ NIVEL: <i>20</i>             | 3/ FECHA: <i>29-NOV</i>                                  |                  |  |
|   |  | 4/ RANGO: <i>2</i>              | 5/ IMPORTE: \$ <i>300-</i>                               |                  |  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>  |  |                                 |  |                  |  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)<br><i>Asistencia como observador a la acreditación de la Clínica de Consulta Externa Ecatepec.</i> |  |                                 |  |                  |  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR  |  | 9/ Km. INICIAL<br><i>146761</i> | 10/ CON GASOLINA   | 11/ SIN GASOLINA |  |
| No. DE MATRÍCULA:<br><i>MDM5154</i>   |  | 12/ Km. FINAL<br><i>146841</i>  |  |                  |  |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br><i>Nicolasa Moliña Estrada</i>   |  |                                 | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><i>Leath Urbino Sánchez</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

*[Handwritten signature]*

*[Stamp: RECEBIDO 30 NOV 2017]*