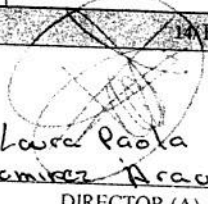




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <u>Jose Manuel Francis Martinez</u>		2/ NIVEL: <u>6</u>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <u>18-01-17</u>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <u>Coordinación de Innovación y Calidad</u>		4/ RANGO: <u>2</u>	5/ IMPORTE: \$ <u>100</u>		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <u>Traslado de la C. Coordinadora de Innovación y Calidad a la Clínica de Consulta Externa Villa Victoria (sin sell)</u>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<u>Jose Manuel Francis Martinez</u> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			 <u>Laura Paola Ramirez Araujo</u> DIRECTOR (A) Sec. Particular		
			<u>[Signature]</u> ADMINISTRADOR (A)		

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

50 000 002/1:

18

PAGADO