

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jose Armando Calzada Arellano</i>		NIVEL: <i>17</i>	FECHA: <i>5/10/16</i>
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>810.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>7240 Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Supervisión de programas SEGURIDAD el 5/10/16 en Clínica de Consulta Externa Villa Guadalupe</i>			
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		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Jose Armando Calzada Arellano</i>		<i>[Firma]</i>	
		<i>C. P. [Firma]</i> DIRECTOR	ADMINISTRADOR

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