



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		2/ NIVEL: <i>20</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>22-sept-2016</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>1000</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdivisión de Proyectos Estratégicos</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Villa Victoria. a Capacitación de Interculturalidad al Personal de la Unidad.</i>					
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 <i>Nicolasa Molina Estrada</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Luis Arcángel Santos Morales</i> DIRECTOR (A)		<i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR (A)

ISSSEM
30 SEP 2016
RECIBIDO

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