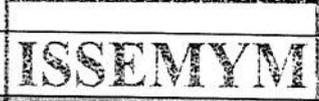




**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>Nicolasa Molina Estrada</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <b>3<sup>o</sup> - Sep - 2016</b>		
		4/ RANGO: <b>2</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>500<sup>00</sup></b>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>SUBDIRECCION DE PROYECTOS ESTRATEGICOS</b>					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <b>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa San Martín de las Animas; Capacitación SUG. y revisión documental del COCUSEP.</b>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:	 <b>ISSEMYM</b> 26 SEP 2016 <b>PAGADO</b> ADMINISTRADOR (A)		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <b>Nicolasa Molina Estrada</b> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>Luz Araceli Santin Morales</b> DIRECTOR (A)			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					