

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Armando Calzada Arellano</i>		NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>30 julio-2015</i>		
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>160.00</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>					
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para asesoría del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud</i>					
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA	
		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>José Armando Calzada Arellano</i>			FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>E. Patricia Baza Brena</i> 30 JUL 2015 ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					