



**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

|  |  |  |                |
|--|--|--|----------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE   |  | NIVEL  | FECHA          |
| <i>José Armando Calzada Arellano</i>   |  | <i>II</i>  | <i>13/8/15</i> |
| UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN  |  | RANGO  | IMPORTE \$     |
| <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>  |  |  | <i>100.00</i>  |
| JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))   |  |  |                |
| <i>Verificación de programas, mecis, cirugía segura, índices y clima organizacional el 13/8/15</i> |  |  |                |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE:   |  | Km. INICIAL  | CON GASOLINA   |
| OFICIAL <input checked="" type="radio"/> PARTICULAR <input type="radio"/>                          |  |  |                |
|  |  | Km. FINAL  | SIN GASOLINA   |
|  |  |  |                |
| NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE   |  | FIRMA DE AUTORIZACIÓN  |                |
| <i>José Armando Calzada Arellano</i>   |  | GOBIERNO DEL TRABAJO Y LOGRO<br><b>enGRANDE</b><br><i>E. Patricia Becerra Pineda</i><br>DIRECTOR<br>Subdirección de Proyectos Estratégicos |                |
|  |  | ADMINISTRADOR  |                |

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