

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Agostin Amín Saem García</i>	NIVEL <i>22</i>	FECHA <i>04/06/2015</i>
	RANGO <i>3.</i>	IMPORTE \$ <i>100.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Coordinación de Calidad 72400 Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>		
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)) <i>Apoyo para el traslado de personal de dispensación de curules al Hospital Regional Perinatológico</i>		
MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL <input checked="" type="radio"/> PARTICULAR <input type="radio"/>	Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
	Km. FINAL	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>[Firma]</i> <i>Agostin Amín Saem García</i>	GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA ENGRANDE <i>4 JUN 2015</i>	
	<i>C. Patricia Bala Brena</i> DIRECTOR ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.		