



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i>		NIVEL: <i>23</i>	FECHA: <i>24-01-17</i>	
		RANGO: <i>4</i>	IMPORTE \$ <i>100-</i>	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Ciudadad</i>				
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Clínica Regional Ixtapan de los Sal a</i> <i>Capadocia: Aca Ciudadad</i>				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i>		<i>[Signature]</i> DIRECTOR	<i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				

50 000 002/13

23