



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2/ NIVEL: 23	3/ FECHA: 6 de Marzo de 2017
Jorge Antonio Ramirez Nava		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE \$ 100.-
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdirección de Calidad			
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Visita a la Clínica Regional Santiago Tixguistengo para la capacitación de Cocosep al Gestor de Calidad y Director.			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		11/ Km. FINAL	11/ SIN GASOLINA
12/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		13/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Jorge Antonio Ramirez Nava		Dra. Leticia Obria Sanchez	

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

ES 000 00777

X

