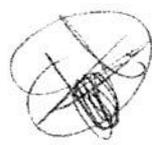


299

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|------------------|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Ramirez Novoa</i> | | 2/ NIVEL: 23 | 3/ FECHA: 13/Jul/2017 | | |
| | | 4/ RANGO: 4 | 5/ IMPORTE: \$ 100.- | | |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdireccion de Calidad | | | | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Visita de Supervisión al Hospital Regional Toluca para verificar Programas de Calidad | | | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL 142,677 | 10/ CON GASOLINA X | 11/ SIN GASOLINA | |
| No. DE MATRÍCULA: | | 12/ Km. FINAL 142,806 | | | |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Jorge Antonio Ramirez Novoa</i> | | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>José Luis Cepeda Sanchez</i> | | |
| NOTA: TERMINAL A LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | | | |



Faint, illegible text or stamp, possibly a date or location, located at the bottom right of the page.

X