



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i>		NIVEL: <i>23</i>	FECHA: <i>29-Jun-2016</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad</i>		RANGO: <i>4</i>	IMPORTE \$ <i>100.-</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Villa Guerrero J a la Clínica Regional Extensión de la SSL para la Penzion Comunal de Corasepi, SUG y San Ciudad de</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Luc Araceli Santin</i> 29 JUN 2016 PAGADO	
		DIRECTOR	ADMINISTRADOR

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