



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i>		2/ NIVEL: <i>23</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>5 - Julio - 2016</i>	
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.-</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdireccion de Calidad</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Asistencia al Hospital Regional Tenancingo, revisión y seguimiento de programa Cocasep, Dual Ciudadanía y SUB</i>				
8/ TIPO DE ALIQUIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:	<i>X</i>	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i>			<i>Luz Araceli Santin Mora</i> DIRECTOR (A) / ADMINISTRADOR (A) JUL 2016 PAGADO	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				