

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Agustín Amín Saem Gavira</i>		2/ NIVEL: <i>22</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>21/04/16</i>
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>		4/ RANGO: <i>3</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Verificación de Programas de Calidad en Clínica y Hosp: Reg. Tlaxiahuatlán y Clínica de los Cerros de Cuicuilpan</i>			
3/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> 12/ SIN GASOLINA
		10/ Km. FINAL:	ISSEMYM 21 ABR 2016
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Agustín Amín Saem Gavira</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<i>E. Patricia Baeza Baeza</i> DIRECTOR (A) <i>Subdirectora de Proyectos Estratégicos</i>	
		PAGADO ADMINISTRADOR (A)	

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