

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Ramírez Nava</i>		NIVEL: <i>23</i>	FECHA: <i>16-Jan-2010</i>
		RANGO: <i>4</i>	IMPORTE \$ <i>100.-</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad.</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa. Villa Victoria Capacitación al Personal Ciudadano y revisión de Programas de la Subdirección.</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA XXXX SIN GASOLINA
		Km. FINAL	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Jorge Antonio Ramírez Nava</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>Luz Araceli Sentin</i> PAGADO DIRECTOR ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

50 000,002/13

RKCHD