

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>José Armando Calzada Aralka</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>13/6/16</i>	
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos 72400</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>entrega de formularios indicados en oficina de atención al derechohabiente con pago al 13 de junio 2016</i>				
8/ MODALIDAD 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		
<i>José Armando Calzada Aralka</i>		<i>[Firma]</i>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		DIRECTOR (A)		ADMINISTRADOR (A)

ISSEMYM
13 JUN 2016
E. Patrocinio
PAGADO

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

50 000 002/15

X