



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

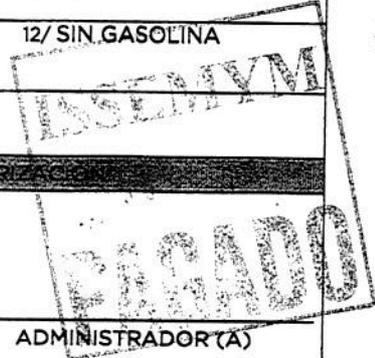
1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i>	2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>15/09/16</i>
	4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
*Dirección de desarrollo y calidad*

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):  
*Orden del Director de Calidad para atender reunión con autoridades de Salud en HZ Ecunipamgo.*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
	10/ Km. FINAL:		

EMPLEADO QUE PIDE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<i>[Signature]</i> DIRECTOR (A)	<i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR (A)



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