

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 11	FECHA: 21/09/15
Araceli Peña Ferrer		RANGO:	IMPORTE \$ 100.00
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 72000			
Dirección de Desarrollo y Calidad			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)			
Revisión del Plano de Mejora Continua 2015 en el Hospital Regional Tlalrepanitla			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Araceli Peña Ferrer		Itzka Dami Adolfo Maldonado Trujillo DIRECTOR DE DESARROLLO Y CALIDAD	
		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