

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Luis Enrique Carrillo Romero</i>	NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>8/ Octubre / 2015</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: *70000*

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Dirección de Desarrollo y Calidad.

Revisión del Plan de Mejora Continua 2015 en el Hospital Regional Zumpango

CALIDAD DE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA SIN GASOLINA
	Km. FINAL	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Luis Enrique Carrillo Romero</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Guillermo Rafael Torres López</i> DIRECTOR <i>Secretaría Particular de la CIC</i>	
--	---	--

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