



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>J. Isabel Mejía Osorio</i>		NIVEL: <i>23</i>	FECHA: <i>08/OCTUBRE/2015</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71000 DIRECCION DE MEJORAMIENTO DE PROCESOS</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>		
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Recopilar la Foliación para la integración de antecedentes en el Hosp. REG. ZUMPANGO.</i>					
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA	
		Km. FINAL	<i>X</i>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN			
<i>J. Isabel Mejía Osorio</i>		<i>LIZBETH VÁZQUEZ LOZA</i> Ariana Lizbeth Vázquez Loza DIRECTORA DE MEJORAMIENTO DE PROCESOS.			
		ADMINISTRADOR			

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