



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Armando Calzada Arellano</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>17/09/15</i>		
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>7200 Dirección de Desarrollo y Calidad</i>					
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Traslado 17 de septiembre 2015 a Hospital Regional Zumpango a verificación de Programas SICALIDAD Mecic, Indicador II, clima organizacional, cirugía según saluavidas</i>					
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA	
		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>José Armando Calzada Arellano</i>			<i>[Signature]</i> <i>17 SEP 2015</i> 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.					

