



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i>	2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>10 08 16</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: *72000*
Dirección de Calidad.

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): *Traslado para atender reunión de documentación a H.R. Zumpango*

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

13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Héctor Amil Astorito Hernández T.</i> DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) 10 AGO 2016 PAGADO
--	---

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

