



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Luis Enrique Carrillo Benavente</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>17/Septiembre 2015</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100</i>		
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Revisión del Plan de Mejora Continua 2015 en el Hospital Regional Zampano</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 <i>Luis Enrique Carrillo Benavente</i>			FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Héctor Darío Acosta Ables</i> DIRECTOR ADMINISTRADOR <i>DE CONTROL DE CALIDAD</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					

X