

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL:	FECHA:
<i>luis Enrique Carrillo Romero</i>		<i>11</i>	<i>28 / Julio / 2015</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		RANGO:	IMPORTE \$
<i>Subdirección de Calidad</i>			<i>100.00</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)			
<i>Se asistió a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para asesoría del Modelo de Gestión para la atención de Agedas, Suscrpciones y Faltas de Sin Sello</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>luis Enrique Carrillo Romero</i>		<i>luis J. Sánchez Morales</i> DIRECTOR SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			