

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:	NIVEL: 11	FECHA: 13/Julio/2015
Luis Enrique Carrillo Romero	RANGO:	IMPORTE \$ 100.00

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
72300 Subdirección de Calidad

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)  
Asección de Encuestas Tiempo de Espera en Urgencias en el Centro Médico Eastern

MODALIDAD DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL		

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN
Luis Enrique Carrillo Romero	Rafael Guillermo Torre López Secretario Particular DIRECTOR de la CIC
	3 JUL 2015 ADMINISTRADOR

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