



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i>		NIVEL: <i>23</i>	FECHA: <i>8-10-2015</i>
		RANGO: <i>4</i>	IMPORTE \$ <i>127.-</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad.</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Recurso al Hospital Regional Atzacomulco para desahorro de la evaluación del Plan de Mejora Continua</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> 08 ABR 2015 ADMINISTRADOR	
		DIRECTOR	

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

X