



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Diego Antonio Remírez Vera</i>		2/ NIVEL: <i>23</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>12 / Enero / 2017</i>	
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.-</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Asistencia en la Unidad Clínica de Consulta Externa Inapropiada para dar seguimiento a los programas de calidad principalmente del Cardíaco</i>				
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>Diego A. Remírez Vera</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> DIRECTOR (A) <i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR (A)		

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

[Stamp]
12 ENE 2017
[Stamp]

ISSEMYM

50 000 002/15