

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <u>J. Isabel Mejía Quiroz</u>		2/ NIVEL: <u>23</u>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <u>02/02/2016</u>	
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <u>Dirección de Mejoramiento de Procesos</u>		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <u>\$ 100.00</u>	
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <u>acompañar a realizar el Análisis de la Información de Procedimiento del Servicio de Farmacia</u>				
9/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE				
<u>J. Isabel Mejía Quiroz</u> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		Arriana Lizbeth Vázquez Dirección de Mejoramiento de Procesos ADMINISTRADOR (A)		

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