


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Miguel Angel Vilchis Arzate		2/ NIVEL: 17	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 21/04/2016		
		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100.00		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación y Calidad.					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Verificación de Programas de Calidad en las Clínicas de Consulta Externa Tlalnepanitla y Naucalpan.					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
Miguel Angel Vilchis Arzate NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			 Secretario/a Encargado de la Coordinación de Innovación y Calidad DIRECTOR (A) (Miguel Ángel Vilchis Arzate)		
			ADMINISTRADOR (A)		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					

50 000 002/15

