

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>J. Isabel Mejía Quiroz</i>		2/ NIVEL: <i>23</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>12/01/2016</i>	
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>\$100.00</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección de Mejoramiento de Procesos</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Compañero para identificar los actividades involucradas en el procedimiento del Servicio de Farmacia. Acudir al Hospital Regional</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>J. Isabel Mejía Quiroz</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Ariana Lizbeth Vázquez</i> ADMINISTRADOR (A)	

ISSEMYM
PAGADO

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