



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 11	FECHA: 21/09/15	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 72000		RANGO:	IMPORTE \$ 100.00	
Dirección de Desarrollo y Calidad JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Verificación de Programa de Cirugía Segura Salva vidas al Hospital Regional Tlalnepantla				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	X	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
[Firma] Joana Shmulkovsky Sánchez		[Firma] Heke Dom. Adolfo Maldonado Trujillo DIRECTOR Director de Desarrollo y Calidad		
		ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				

X