



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL:	FECHA:
Joana Guadalupe Shmulkovsky Sánchez		11	29/09/2015
		RANGO:	IMPORTE \$
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 72000		Dirección de Desarrollo y Calidad	
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Verificación de Programas de Calidad; INDICAS, MECIC, Cirugía Segura y Percepción de los Profesionales de la Salud, a la Clínica Regional Silotepec			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	SIN GASOLINA
			X
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Joana Guadalupe Shmulkovsky Sánchez		 Rafael Guillermo Torres López DIRECTOR Secretario Particular de la CIC	
		ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

X