



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Josana Guadalupe Shmulkovsky Sánchez</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>30/09/2015</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000 Dirección de Desarrollo y Calidad</i>		

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) *Verificación de Programas de Calidad; Cirugía Segura, INDICASI, MECIC y Percepción de los Profesionales de la Salud en Hospital Regional Zumpango*

MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
	Km. FINAL	<i>X</i>	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Josana Guadalupe Shmulkovsky Sánchez</i>	<i>Rafael Guilkimo Torres López</i> DIRECTOR <i>Secretario Particular de la CIC</i>	<i>30 SEP 2015</i> ADMINISTRADOR

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