

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 11	FECHA: 8/10/2015
Jocana Guadalupe Shmulikovskiy Sánchez		RANGO:	IMPORTE \$ 100.00
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 72000			
Dirección de Desarrollo y Calidad			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Verificación de Programa de Cirugía Segura Salva vidas al Hospital Regual Zumpango.			
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	
 Jocana Guadalupe Shmulikovskiy Sánchez		 Helga Dami Arballo Maldonado 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.