



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL:	FECHA:
<i>Josera Guadalupe Shmulkovsky Sanchez</i>		<i>II</i>	<i>24/09/2015</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADBSCRIPCIÓN:		RANGO:	IMPORTE \$
<i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>			<i>100.00</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Visita de verificación de programas de calidad; INDICAS II, MECIC, Cirugía Segura y Percepción de los Profesionales de la salud al Hospital Regional Tenancingo.</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL	<i>X</i>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Josera</i> <i>Josera Guadalupe Shmulkovsky Sanchez</i>		<i>[Signature]</i> <i>Helia Dom. Adolfo Maldonado T.</i> DIRECTOR <i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>	
		ADMINISTRADOR	

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