



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>30-Julio-2015</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>90.00</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Subdirección de Calidad

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Asistencia a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para asesoría Comité de Calidad y Seguridad del Paciente SIN SELLO

M <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
	Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN
---	-----------------------

<i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	<i>Rafael G. Torres López</i> SECRETARÍA GENERAL DE LA COORDINACIÓN DE INNOVACIÓN Y CALIDAD	<i>30 Julio 2015</i> ADMINISTRADOR
---	--	---------------------------------------

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