

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: <i>Subdirección de Calidad</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para asesoría Comité de Calidad y Seguridad del Paciente SIN SELLO</i>			
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 <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Rafael G. Torres López</i> SECRETARÍA GENERAL DE LA COORDINACIÓN DE FINANZAS CALIDAD ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			