



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>	NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>30 Julio - 2015</i>
	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$ <i>100.00</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 por asesoría del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente Sin sell

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

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN
<i>Nicolasa Molina Estrada</i>	<i>30 JUL 2015</i> <i>Luz Arcelia Saucedo M.</i> DIRECTOR SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD ADMINISTRADOR

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