

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Amie de la Cruz Hernández</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>28-Julio-15</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad</i>	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>

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

MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL       PARTICULAR

Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
Km. FINAL	<i>/</i>	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Cynthia Amie de la Cruz Hernández</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Rafael Torres López</i> JUL 2015 DIRECTOR DE LA COORDINACIÓN DE INGRESOS Y CALIDAD	ADMINISTRADOR
---	--	---------------

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