

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Armando Calzada Arellano</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>28-Julio-2015</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Subdirección de Proyectos Estratégicos

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Se asistió a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para asesoría del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud

MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL PARTICULAR

Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
Km. FINAL		

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>José Armando Calzada Arellano</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>E. Patricia Baca Bravo</i> SUBDIRECCIÓN DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS 28 JUL 2015 ADMINISTRADOR	
---	--	--

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