



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | |
|--|------------------------|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Josana Guadalupe Shmulkevsky Sanchez</i> | 2/ NIVEL: <i>17</i> | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>21/04/2016</i> |
| | 4/ RANGO: | 5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i> |

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Subdirección de Proyectos Estratégicos

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): *Verificación de Programas de Calidad en las Clínicas de Consulta Externa Tlalreputla y Navolato*

| | | | |
|--|-----------------|------------------------------|-------------------------------|
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | 9/ Km. INICIAL: | 11/ CON GASOLINA <i>X</i> | ISSEMYM 21 ABR 2016 |
| | 10/ Km. FINAL: | | |

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| 13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Josana Guadalupe Shmulkevsky Sanchez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>E. Patricia Bero Bero</i> DIRECTOR (A) Subdirección de Proyectos Estratégicos | PAGADO ADMINISTRADOR (A) |
|---|---|------------------------------------|

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