



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.