



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL:	FECHA:
<i>Josana Guadalupe Shmulikovsky Sanchez</i>		<i>14</i>	<i>11/11/2015</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>72000</i>		RANGO:	IMPORTE: <i>100.00</i>
<i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Verificación de Programas de</i> <i>LOCALIDAD: NDICAS, HECIC y Percepción de los Profesionales de la Salud</i>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
PARTICULAR:	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
<i>Josana Guadalupe Shmulikovsky Sanchez</i>		<i>Héctor Demetrio Adolfo Meléndez Trujillo</i>	
		<i>Director de Desarrollo y Calidad.</i>	

NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO