



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | |
|--|-------------|--|-----------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Armando Calzada Arellano</i> | | NIVEL: <i>11</i> | FECHA: <i>31/8/15</i> |
| | | RANGO: | IMPORTE \$ <i>100</i> |
| UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>70000 Coordinación de Innovación y Calidad</i> | | | |
| JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>asistir a reunión de capacitación para el personal operativo y/o responsables estatales de las líneas de acción de calidad en salud en el estado de México, en el auditorio de la dgces, en honero 213, piso 1, colonia Chapultepec morales, México, DF sin sello</i> | | | |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE: | Km. INICIAL | CON GASOLINA | SIN GASOLINA |
| <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | Km. FINAL | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE | | FIRMA DE AUTORIZACIÓN | |
| <i>José Armando Calzada Arellano</i> | | <i>Patricio Guillermo Torres Lopez</i> SECRETARIO DIRECTOR PARTICIPAR de la coordinación de innovación y calidad | |
| | | AGO 2015 ADMINISTRADOR | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | |