



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>Stephany Guadalupe Agredano García</b>		NIVEL: <b>II</b>	FECHA: <b>31-08-15</b>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Coordinación de Inmovilización y Calidad 70000</b>		RANGO:	IMPORTE \$ <b>100.00</b>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <b>Asistirá a reunión de capacitación para el personal operativo y lo responsables Estatales de las líneas de acción de Calidad en Salud en el Estado de México, en el auditorio de la BGCES, en número 213, piso 1, Colonia Chapultepec, México, D.F. Sin Sello</b>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  <b>Stephany Gpe. Agredano García</b>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN  <b>Rafael Guillermo Torres López</b> SECRETARÍA DE FINANZAS LA CIC	
		31 AGO 2015 ADMINISTRADOR	

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

8x