



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Luis Antonio Rodriguez Poblele</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>31-08-15</i>	
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100:</i>	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>70000</i> <i>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 la Salud en el Estado de México en el auditorio de la DGCEs en Avenida 213, piso 1, Col. 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>Luis Antonio Rodriguez Poblele</i>		 <i>Rafael Torres Lopez</i> SECRETARIO PARTICULAR DIRECTOR DE LA CIC 1 AGO 2015 ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				