



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <u>Josana Guadalupe Shmulikovsky Sánchez</u>	NIVEL: <u>II</u>	FECHA: <u>31/08/15</u>
	RANGO:	IMPORTE \$ <u>100.00</u>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <u>70000 Coordinación de Innovación y Calidad</u>		

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Asistencia a reunión de capacitación para 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 DGCE, en Homero 713, Piso 4, Colonia Chapultepec Morales, México. sin sello

MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
	Km. FINAL	<u>X</u>	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN
<u>Josana Guadalupe Shmulikovsky Sánchez</u>	<u>Gulbina Rafael Torres López</u> DIRECTOR <u>SECRETARÍA PARTICIPATIVA DEL C.F.</u>



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

X