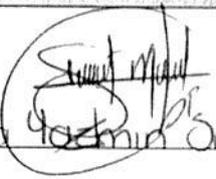


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL:	FECHA:
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		11	31/08/2015
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		RANGO:	IMPORTE \$
Coordinación de Innovación y Calidad			100
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)			
Asistir a reunión de capacitación para 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 Banca en Fomero 513, piso 3ra. Chapultepec Morales México DF			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA SIN SELLO
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		 Rafael G. Torres Lopez DIRECTOR Secretario Particular de la CIC	
		AGO 2015 ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO, EN ORDEN CONSECUTIVO.			