

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>31/08/15</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>70000 Coordinación de Innovación y Calidad</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistir 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 DGSES, en Herrería 213, piso 7, Calles (Cafetería) Morelia, México, D.F. Sin sello.</i>			
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 <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Rafael G. Torres Lopez</i> SECRETARIO PARTICULAR DE LA CDIRECTOR AGO 2015	
ADMINISTRADOR			

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