



**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <u>Jose Manuel Francis Martinez</u>		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <u>18/10/2016</u>		
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <u>Coordinación de Innovación y Calidad.</u>		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <u>100.00</u>		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <u>Traslado de personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a reunión de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y el Municipio de Zumpango. (sin sello).</u>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <u>Jose Manuel Francis Martinez</u> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <u>[Signature]</u> DIRECTOR (A)		<u>[Signature]</u> ADMINISTRADOR (A)

NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

50 000 002/15

I  
d  
I  
d