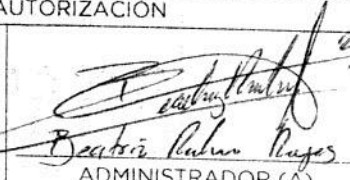


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: José Manuel Francisco Martínez		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 28/09/2016	
4/ RANGO:		5/ IMPORTE: \$ 100.00		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación y Calidad				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado del Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a reunión de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del municipio de Zumpango en el HRZ (sin sello).				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA X	12/ SIN GASOLINA
☒ OFICIAL ☐ PARTICULAR		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
José Manuel Francisco Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		 DIRECTOR (A)		
		 ADMINISTRADOR (A)		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				