



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>José Manuel Francisco Martínez</i>		2/ NIVEL: <i>6</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>13-09-16</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado de Personal de la Coordinación y Calidad a Reunión de Trabajo con Autoridades del Estado de México en el Hospital Regional Zumpango (sin sello)</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> / SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
		10/ Km. FINAL:	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>José Manuel Francisco Martínez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Paola Ramírez Araujo</i> DIRECTOR (A) Sec. Particular	

ISSEMYM  
15 SEB/2016  
PAGADO

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