



184

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 6	3/ FECHA: 03/08/17	
Jose Manuel Francisco Martinez		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Coordinacion de Innovacion y Calidad				
7/ JUSTIFICACION: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Traslado del Personal de la Coordinacion de Innovacion y Calidad a Reunion de Trabajo con Autoridades del Gobierno del Estado de Mexico y Municipio de Zumpango (sin sello)				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		12/ Km. FINAL		
No. DE MATRICULA:				
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACION	
Jose Manuel Francisco Martinez			Laura Paola Ramirez Acuña	
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				

X