



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | |
|--|--|--|--------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE: | | NIVEL: 6 | FECHA: 29-Sep-2015 |
| José Manuel Francisco Martínez | | RANGO: | IMPORTE \$ 100 |
| UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 70000 Coordinación de Innovación y Calidad | | | |
| JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Estado de Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a la Clínica Regional Tlaxtepec | | | |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE: | | Km. INICIAL | CON GASOLINA |
| <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | Km. FINAL | SIN GASOLINA |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE | | FIRMA DE AUTORIZACIÓN | |
| José Manuel Francisco Martínez | | Rafael Guillermo Torres L. DIRECTOR Sec. Particular de la C.I.C. | |
| | | ADMINISTRADOR | |

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

