

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 6	FECHA: 29-Sep-2015
José Manuel Francis Martínez		RANGO:	IMPORTE \$ 100
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
70000 Coordinación de Innovación y Calidad			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Custodio 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 Francis 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.