



**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL:	FECHA:
FRANCIS MARTINEZ JOSE MANUEL		11	17-04-15
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		RANGO:	IMPORTE \$
COORDINACION DE INNOVACION Y CALIDAD			100
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)			
INNOVACION Y CALIDAD A REUNION CON AUTORIDADES DEL CONSEJO GENERAL DE SALUDIDAD A LA CIUDAD DE MEXICO (SIN SELLO)			
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	
FRANCIS MARTINEZ JOSE MANUEL		 RAFAEL G. TORREZ LOPEZ DIRECTOR SEC. PARTICULAR	
		487 2015 ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

✘