



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

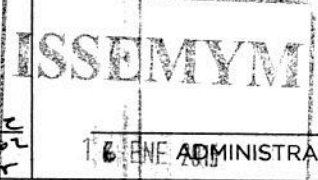
NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Manuel Francis Martínez</i>	NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>15 - ENE - 2015</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>127</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Coordinación de Innovación y Calidad

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Traslado de la C. Coordinadora de Innovación y Calidad al evento del día de la Enfermera en el Hotel Crow Plaza de Tlaxcaplanla. (sin sello)

MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
	Km. FINAL		

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN
<i>José Manuel Francis Martínez</i>	<i>Rafael Guillermo Torres</i> DIRECTOR <i>6062</i> Secretaría Particular



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

