



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Doris Naidé Lara Piña</i>		2/ NIVEL: <i>13-2</i>	3/ FECHA: <i>Marzo 29, 2017</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación & Calidad</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO(S) <i>Seguimiento de líneas de acción de calidad a unidades CCE Ixtlahuaca & CCE Ajotepetla. visita supervisión para</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRÍCULA:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
		12/ Km. FINAL	11/ SIN GASOLINA
<i>Unidad:</i> <i>Doris Naidé Lara Piña</i>		<i>Laura Piñol Ramírez Araujo</i>	

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