



94

### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |  |                       |  |                  |
|---|--|-----------------------|--|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>José Manuel Franco Martínez</i>   |  | 2/ NIVEL:<br><i>6</i> | 3/ FECHA:<br><i>30-03-17</i>                                 |                  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>  |  | 4/ RANGO:<br><i>2</i> | 5/ IMPORTE: \$<br><i>100</i>                                 |                  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Traslado del Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a Reunión de Trabajo con Autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Zumpango (con sello)</i> |  |                       |  |                  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR<br>No. DE MATRÍCULA:   |  | 9/ Km. INICIAL        | 10/ CON GASOLINA   | 11/ SIN GASOLINA |
|   |  | 12/ Km. FINAL         |  |                  |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br><i>José Manuel Franco Martínez</i>   |  |                       | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><i>Laura Paola Ramírez Arce</i> |                  |

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

✂