



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Ramirez Nolasco</i>		2/ NIVEL: <i>23</i>	3/ FECHA: <i>16 JUN - 2017</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad</i>		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$	
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Asistencia a la capacitación INDICAS a la Dirección de Actividad y Educación en Salud</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
15. DE MATRÍCULA:		12/ Km. FINAL		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>[Firma]</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Firma]</i>	

NOTA: TERMINAL A LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

50 000 002/17

D. G. C. A. E.
DIRECCION DE
REVISIÓN DE PROCEDIMOS
 ☆ 16 JUN. 2017 ☆

ISSMVM
COORDINACIÓN DE INNOVACIÓN
Y CALIDAD
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION.
 Nombre: BEATRIZ RUBIO REYES
 Representante de la Delegación Administrativa
 Fecha de recepción: 16/06/2017