


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>José Manuel Francis Martínez</i>		2/ NIVEL: <i>6</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>21-06-16</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado de Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a Capacitación en las instalaciones del Consejo de Salubridad General en la Ciudad de México (sin sello)</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN			
<i>José Manuel Francis Martínez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		 Laura Paola Ramírez Arce DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) <i>Sec Particular</i>			

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