

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Lois Rumián Plata Domínguez</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>28 07 16</i>
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Secretaría de Innovación y Calidad</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado del director de calidad a visita técnica con personal del Área al C. Med. Ecatepec - H. Z. Zumpango</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA
	10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Lois Rumián Plata Domínguez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		 <i>[Firma]</i> DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A)	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			