



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: <u>6</u>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <u>09-07-16</u>	
<u>José Manuel Francisco Martínez</u>		4/ RANGO: <u>C</u>	5/ IMPORTE: \$ <u>100</u>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <u>Coordinación de Innovación y Calidad</u>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <u>Tratado 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 en el Hospital Regional Zumpango (con sello)</u>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:	<input checked="" type="checkbox"/>	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<u>José Manuel Francisco Martínez</u> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<u>Laura Paola Ramírez Arce</u> DIRECTOR (A) Sec. Particular		

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