

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 6	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 15-08-16	
Jose Manuel Francis Martinez		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
Coordinación de Innovación y Calidad				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado del Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a capacitación en las instalaciones del Consejo de Salubridad General en la Ciudad de Mexico (sin sello)				
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:	✓	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
Jose Manuel Francis Martinez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		Leyra Paola Ramirez Arcadio DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) Sec. Particular		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				