

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 6	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 17-Jun-16	
José Manuel Francisco Martínez		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 de 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 (con sello)				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
José Manuel Francisco Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		[Stamp: ISSEMYM] [Stamp: PAGADO] Laura Paola Ramírez Araujo DIRECTOR (A) Particular ADMINISTRADOR (A)		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				