

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>César Emmanuel Albarcán Pava</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>10/10/16</i>	
4/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		4/ RANGO: <i>e</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>	
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado del Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a Reunión de Trabajo con Autoridades del Estado de México en el Hospital Regional Zumpango (sin calles)</i>				
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 <i>César Emmanuel Albarcán Pava</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Laura Paola Ramírez Aragón</i> DIRECTOR (A) Sec. Particular		
		<i>Beatriz Patricia Rojas</i> ADMINISTRADOR (A)		

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