



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>César Emmanuel Alborcain Pavón</i>		2/ NIVEL: <i>1)</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>20/10/16</i>	
6/ 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 Zempoala</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"/>	<input type="checkbox"/>
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>César Emmanuel Alborcain Pavón</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<i>Laura Lidia Barrios Arango</i> DIRECTOR (A) <i>Sec. Particular</i>	<i>Esteban Pulido Rojas</i> ADMINISTRADOR (A)	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				