

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Armando Calzada Arellano</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>29/09/15</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100<sup>00</sup></i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: *76000 Coordinación de innovación y calidad*

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)  
*asesoría sobre sistema imbicost el 29 de septiembre de 2015 a la Clínica Regional Tlilotepec*

MODALIDAD DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>José Armando Calzada Arellano</i>	<i>Rafael Guillermo Torres López</i> Secretario DIRECTOR particular de la coordinación de innovación y calidad	ADMINISTRADOR

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

✂