

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Agustín Quirón Sotomayor García</i>		NIVEL: <i>22</i>	FECHA: <i>17 Septiembre / 2015</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000 Dirección de Desarrollo y Calidad</i>		RANGO: <i>3</i>	IMPORTE \$ <i>100.00</i>		
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Traslado de Personal de la Dirección de Desarrollo y Calidad para el apoyo en el final de los programas HECC, CINEP, SIGURA, INECCAS y Urea Organizacional en el Hospital Zumpango</i>					
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA	
		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Agustín Quirón Sotomayor García</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Mtro. Juan Carlos Adolfo Maldonado Trujillo</i> DIRECTOR <i>de Desarrollo y Calidad</i>			ADMINISTRADOR

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