



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Don Emmanuel Albarrán Pavón</i>	2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>05/08/16</i>
	4/ RANGO: <i>e</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>

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 a atención de trabajo con urgencias del Estado de México en el Hospital Regional (empango Coig sella)*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA
		10/ Km. FINAL:		

13/ EMPLEADO QUE RECIBE	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN
<i>Emmanuel Albarrán Pavón</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	<i>Laura Paola Ramírez Arroyo</i> DIRECTOR (A) <i>Jos. Portocarrero</i> ADMINISTRADOR (A)



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