



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>José Emmanuel Albarrán Pavaín</i>	2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>09/08/16</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>

/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Coordinación de Innovación y Calidad

/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): *Traslado a reunión de Trabajo en Autoridades del Estado de México en el Hospital Regional Zumpango (19 de julio)*

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
[Signature]
José Emmanuel Albarrán Pavaín
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN
[Signature]
Laura Pardo Ramírez Aguayo
DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A)
Sec. Participativa

PASADO
09 AGO 2016

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