

**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>
	RANGO: <i>3</i>	IMPORTE \$ <i>100.00</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
*72000 Dirección de Desarrollo y Calidad*

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)  
*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*

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	FIRMA DE AUTORIZACIÓN
<i>Agustín Quirón Sotomayor García</i>	<i>Mtro. Adolfo Maldonado Trujillo</i>
	DIRECTOR ADMINISTRADOR

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