

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>César Emmanuel Albarrán Pavón</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>21/06/16</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>	
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado a capacitación en las instalaciones del Consejo General de Salubridad en la ciudad de México (con sello)</i>				
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
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		10/ Km. FINAL:		
<i>César Emmanuel Albarrán Pavón</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Laura Paola Ramírez</i> DIRECTOR ADMINISTRADOR (A) <i>Jic. Participación</i>		

ISSEMYM  
21 JUN 2016  
**PAGADO**

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

✘