



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

José Armando Calzaba Arellano

2/ NIVEL: 17

3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO)
18/8/16

4/ RANGO: 2

5/ IMPORTE: \$ 100.00

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Subdirección de Proyectos Estratégicos

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S):
Supervisión de programas SALUD en Clínica de Consulta Externa Coacalco y Hospital Regional Texcoco el 18/8/16

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL: Hospital Regional

11/ CON GASOLINA Texcoco

12/ SIN GASOLINA el 18/8/16

10/ Km. FINAL:

13/ EMPLEADO QUE RECIBE

José Armando Calzaba Arellano
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

ISSEMYM
14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

18 AGO 2016

Esperanza Patricia Romo Romo
DIRECTOR (A)

ADMINISTRADOR (A)

PAGADO

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