



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>César Emmanuel Albarrán Pareda</b>		2/ NIVEL: <b>11</b>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <b>01/08/16</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Coordinación de Planeación y Calidad</b>		4/ RANGO: <b>2</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>100</b>
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <b>Autobuses del Estado de México en el Hospital Regional Zongongo (con sello) trasladado a Reunión de Trabajo con</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:	12/ SIN GASOLINA
13/ EMPLEADO QUE RECIBE: <b>César Emmanuel Albarrán Pareda</b> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <b>Laura Patricia Ramírez Nájera</b> DIRECTOR (A) <b>José Padilla</b> ADMINISTRADOR (A)	



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