



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>César Emmanuel Albarrán Povich</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>09/02/16</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>Asistiendo a Reunión de Trabajo con Autoridades del Gobierno del Estado de México y del municipio de Zumpango en el Hospital Regional Zumpango (sin sello)</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>César Emmanuel Albarrán Povich</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Laura Arce Ramírez</i> DIRECTOR(A) ADMINISTRADOR(A) PAGADO 09 JUL 2016		

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