

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Cesar Emmanuel Albarrán Díaz</i>		2/ NIVEL: <i>6</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>22/ JUN/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>Tratado a reuniones de trabajo en Autoridades de Gobierno del Estado de México y del Municipio de Zempango Coahuila</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:	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Cesar Emmanuel Albarrán Díaz</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		 DIRECTOR (A)		ADMINISTRADOR (A)
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				