

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>C. Manuel Albarrán Pareda</i>		2/ NIVEL: <i>6</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>08/06/16</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Inocuidad y Calidad</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Asistió a 12 meses de trabajo en comisión de Gobierno del Estado de México y del Municipio de Zumpango (Gto. 2015)</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 <i>C. Manuel Albarrán Pareda</i>		10/ Km. FINAL: <b>ISSEMYM</b>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Firma]</i>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		DIRECTOR (A) <i>[Firma]</i>		ADMINISTRADOR (A)	

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