

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>César Emmanuel Albarrán Durán</i>		2/ NIVEL: <i>8</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>10/Jun/16</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Comisión de Transparencia y Calidad</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Asistido a Reunión de Trabajo con Autoridades de Gobiernos del Estado de México y del Municipio de Zumpango (Cajalutla)</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	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN			
<i>César Emmanuel Albarrán Durán</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<i>Rafael Ramírez Acosta</i> DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A)			

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