



**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO)	
Luis Enrique Carrillo Benito		73	8/ Dic / 2015	
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$	
			100	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
7700 Dirección de Desarrollo y Calidad				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):				
Reautorización de Encargos de trabajo de un mes en el Hospital Regional Zumpango				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Luis Enrique Carrillo Benito			Héctor Rodríguez Madroal Tejeda	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			DIRECTOR (A)    ADMINISTRADOR (A)	
			Dirección de Desarrollo y Calidad	

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