



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO)	
<i>Luis Enrique Carrillo Benito</i>		<i>B3</i>	<i>8/ Dic 12015</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$	
<i>7200 Dirección de Desarrollo y Calidad</i>			<i>100</i>	
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):				
<i>Realización de Encuestas de trato digno en servicios en el Hospital Regional Zumpango</i>				
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	
<i>Luis Enrique Carrillo Benito</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			<i>[Signature]</i> DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) <i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>	

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