

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

|  |  |                 |   |                  |  |
|--|--|-----------------|---|------------------|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br>César Emmanuel Albarcán Pavoñ   |  | 2/ NIVEL: 9     | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 29/01/16                            |                  |  |
|  |  | 4/ RANGO:       | 5/ IMPORTE: \$ 100  |                  |  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 20000  |  |                 |   |                  |  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):<br>Coordinación de Innovación y Calidad<br>Traslado de Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a la Clínica regional de Zumpango |  |                 |   |                  |  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR   |  | 9/ Km. INICIAL: | 11/ CON GASOLINA  | 12/ SIN GASOLINA |  |
|  |  | 10/ Km. FINAL:  |   |                  |  |
| 13/ EMPLEADO QUE RECIBE<br>César Emmanuel Albarcán Pavoñ <i>Cameñ</i>  |  |                 | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><i>Laura Paola Mirel Aguilar</i> |                  |  |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA  |  |                 | DIRECTOR (A)  |                  |  |
|  |  |                 | ADMINISTRADOR (A)   |                  |  |
| <p>NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD DE DESTINO REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.</p> <p style="text-align: center;"><b>PAGADO</b></p>                    |  |                 |   |                  |  |