

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>José Armando Calzada Arellano</i>		NIVEL 17	FECHA 09/02/16
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN 72400 Subdirección de Proyectos Estratégicos		RANGO	IMPORTE \$ 100
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)) <i>Verificación de Programas SECALIDAD el 9 de febrero de 2016 a C.C.E Huixquilucan</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL <input checked="" type="radio"/> PARTICULAR <input type="radio"/>		Km. INICIAL <i>0</i>	Km. FINAL <i>0</i>
		CON GASOLINA <input checked="" type="radio"/> SIN GASOLINA <input type="radio"/>	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>José Armando Calzada Arellano</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA <b>ENGRANDE</b> DIRECTOR <i>José Armando Calzada Arellano</i> Subdirección de Proyectos Estratégicos	
		ADMINISTRADOR	

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

50 000 002 / 12