



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO):	
Fabio Germán Sánchez Martínez			12-10-2016	
4/ RANGO:		5/ IMPORTE: \$		
		100.00		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
Coordinación de Innovación y Calidad				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):				
Traslado del Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a reunión de trabajo con autoridades del Estado de México y del Municipio de Zumpango en el 17/12 (con sello)				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
☐ OFICIAL ☐ PARTICULAR		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Fabio Germán Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			Laura Paola Ramírez DIRECTOR (A)	
			Rubén Rubio Reyes ADMINISTRADOR (A)	

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