



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

|   |  |                 |   |                  |
|---|--|-----------------|---|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Fabiola Termin Sánchez Martínez</i>   |  | 2/ NIVEL:       | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO):<br><i>4-10-2016</i>   |                  |
|   |  | 4/ RANGO:       | 5/ IMPORTE: \$<br><i>100 00</i>   |                  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>  |  |                 |   |                  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):<br><i>Traslado del personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a reunión de trabajo con autoridades del Cab de México y del municipio de Zumpango en el HRZ (con sello)</i> |  |                 |   |                  |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE:  |  | 9/ Km. INICIAL: | 11/ CON GASOLINA  | 12/ SIN GASOLINA |
| <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR *  |  | 10/ Km. FINAL:  |   |                  |
| 13/ EMPLEADO QUE RECIBE<br><i>Fabiola Termin Sánchez Martínez</i><br>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA  |  |                 | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><i>Laura Rocío Ramírez</i><br>DIRECTOR (A)<br><i>Rosario Núñez Ruiz</i><br>ADMINISTRADOR (A) |                  |

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