



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fabida Yermín Sánchez Martínez</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>08.08.16</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación a Calidad</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Trasladada a Reunión de trabajo con autoridades del estado de México en el Hospital Reg Zimapan (sin sello)</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <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 <i>Fabida Yermín Sánchez Martínez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> 08 AGO 2016 DIRECTOR (A) / ADMINISTRADOR (A) <i>Jec Participación</i>		

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