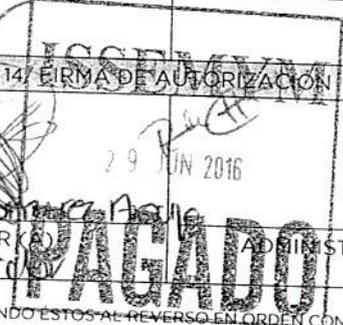




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Fabida Yazmin Sánchez Martínez		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 29-06-16		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación y Calidad.		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100.00		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado con autoridades del Gobierno de Estado de México y del municipio de Zumpango en el Hospital Regional Compaño					
8/ CALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA SIN SELLO	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE Fabida Yazmin Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Laura Patricia... DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) Sec. Patricia...		



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

