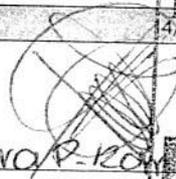




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Fabido Yazmin Sánchez mtz.		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 27-06-16	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación y Calidad		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100	
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Tasado a reunión de trabajo con autoridades del Gobierno del Edo. de México en el Municipio de Zumpango en el Hospital R-Zum.				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA SIN SELLO
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
Fabido Yazmin Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		 Laura P. Rodríguez DIRECTOR(A) ADMINISTRADOR (A) Sec. Partida		
PAGADO				

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

X