



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fabida Yazmin Sánchez Martínez</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>21-06-2016</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado a Reunión de trabajo con autoridades del Gobierno del Edo. de México en el Municipio de Zumpango en el Hospital R. Zumpango</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	10/ Km. FINAL:
		(11) CON GASOLINA	(12) SIN GASOLINA
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Fabida Yazmin Sánchez Martínez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Laura Ramírez</i> DIRECTOR (A) / ADMINISTRADOR (A)	

ISSEMYM

PAGADO

SIN SELLO

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

X