

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

|   |  |                 |  |                  |
|---|--|-----------------|--|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:   |  | 2/ NIVEL: 11    | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 22-08-2016                    |                  |
| Fabio Yezmin Sánchez Martínez   |  | 4/ RANGO: 2     | 5/ IMPORTE: \$ 100                                     |                  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:   |  |                 |  |                  |
| Coordinación de Innovación y Calidad  |  |                 |  |                  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado a Reunión de Trabajo con autoridades del estado de México en el Hospital Regional Zumpango (sin sello) |  |                 |  |                  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:   |  | 9/ Km. INICIAL: | 11/ CON GASOLINA                                       | 12/ SIN GASOLINA |
| <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR   |  | 10/ Km. FINAL:  |  |                  |
| 13/ EMPLEADO QUE RECIBE   |  |                 | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN                              |                  |
| Fabio Yezmin Sánchez Martínez<br>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA  |  |                 | Leticia K. Romera<br>DIRECTOR (A)<br>Sec. Patrocinador |                  |

ISSEMYM  
22 AGO 2016  
PAGADO

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