

### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fabida Yazmin Sanchez Martinez</i>	2/ NIVEL: <i>6</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>6/06/16</i>
	4/ RANGO: <i>7</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>

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 reunion de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Comarca (sin sello)*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL       PARTICULAR

9/ Km. INICIAL:      11/ CON GASOLINA       12/ SIN GASOLINA

10/ Km. FINAL: *ISSEMYM*

13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Fabida Yazmin Sanchez Martinez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Firma]</i> DIRECTOR (A) Administrador Particular	ADMINISTRADOR (A)
---	---	-------------------

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