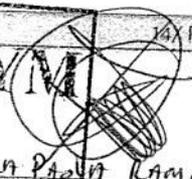


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 8/03/16	
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100.00	
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 Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nextlalpan (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		
 Fabiola Yazmin Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		 Laura Patricia Ramírez Araujo DIRECTOR (A)		
		ADMINISTRADOR (A)		

ISSEMYM

**PAGADO**

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