



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Fabio Tormin Sanchez Martinez		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 10-10-2016	
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 de Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a reunión de trabajo con Autoridades del Gbo de México y del Municipio de Cuernavaca (sin sello)				
8/ CATEGORÍA DE TRANSPORTE: ☐ OFICIAL ☐ PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE: Fabio Tormin Sanchez Martinez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: Laura Elena Ramirez A DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A)		

NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO