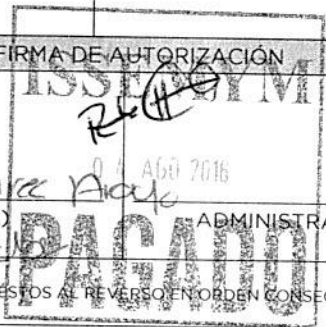




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Fabida Yermín Sánchez Martínez		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 04-08-16.		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación y Calidad		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100.00		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado del Personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a capacitación en las instalaciones del Consejo de Salubridad Estatal en la Ciudad de México.					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:	<input checked="" type="checkbox"/>		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE Fabida Yermín Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Laura Práximira Acuña DIRECTOR (A) / ADMINISTRADOR (A) Sec. Finanzas			



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