



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fabida Yezmin Sánchez mtz</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>10-08-10</i>	
		4/ RANGO: <i>7</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado a reunión de Trabajo con autoridades del estado de Mex. en el Hospital Reg. Zuhuango (sin sello).</i>				
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 <i>Fabida Yezmin Sánchez Martínez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Layo Pado Romiré</i> 10 AGO 2016 DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) <i>Sec. Patrimonio</i>		

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