



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: | | 2/ NIVEL: 11 | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 03-08-2016 | |
| Fabio Yezmin Sánchez Martínez | | 4/ RANGO: 2 | 5/ IMPORTE: \$ | |
| 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 del Personal de la Coord. de Innovación y Calidad a capacitación en las instalaciones del Consejo de Salubridad Gral. en la Ciudad de México (con sellos) | | | | |
| 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 | | |
| Fabio Yezmin Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA | | Luis P. Ramírez Arauc DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) Sec. Particular | | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN. DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | | |



X