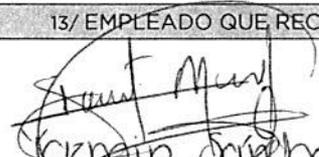
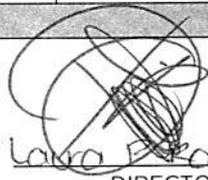


**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 19-08-2016	
Fabio Yazmin Sánchez mtz		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100	
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 capacitación en las instalaciones del Consejo de Salubridad General en la Ciudad de México (sin 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	
 Fabiola Yazmin Sánchez mtz NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			 Laura Román DIRECTOR(A) ADMINISTRADOR(A)	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				