

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fabiola Yazmin Sanchez mtz.</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>17-08-2016</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>		
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 capacitación en las instalaciones del consejo de salubridad general en la ciudad de México (sin dormir)</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:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Fabiola Yazmin Sanchez mtz</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Laura Paola Ramirez A</i> DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A) <i>SP de la DE</i>		
<p>NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.</p> <p style="text-align: right;"><b>RECIBIDO</b> 17 AGO 2016</p>					