

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fabiola Yazmin Sánchez Mtz.</i>		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>26-09-2016</i>		
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100 00</i>		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Trabaja del personal de la Coordinación de Innovación y Calidad a reunión de trabajo con Autoridades del Estado de México y del Municipio de Zumpango (con 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:		SESELVA	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Fabiola Yazmin Sánchez Martínez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Carla Pacheco Ramírez Aragón</i> DIRECTOR (A)		
			<i>[Firma]</i> ADMINISTRADOR (A) <i>[Firma]</i>		

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