

X



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: J. Isabel Mejía Quiroz		2/ NIVEL: 23	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 23/11/2015	
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100.00	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Dirección de Mejoramiento de Procesos				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado a Reunión de Trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nextlalpan (sin sello).				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA X	12/ SIN GASOLINA
		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			 Ariana Lisbeth Vozmuñoz DIRECTOR (A) b c Mejoramiento de Procesos ADMINISTRADOR (A)	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				