

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fabiola Yazmin Sanchez Martinez</i>		2/ NIVEL: <i>6</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>8/06/16</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>	
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado a Reunion de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Buzacarón (sin sello)</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Fabiola Yazmin Sanchez Martinez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		10/ Km. FINAL:	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Firma]</i> DIRECTOR (A) <i>[Firma]</i> ADMINISTRADOR (A)	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.