

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>10-06-2016</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>Traslada a reunion de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de Mexico y del municipio de Zumpango</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL: <i>ISSEMYM</i>	11/ CON GASOLINA
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		10/ Km. FINAL:	12/ SIN GASOLINA
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Fabiola Yazmin Sanchez Martinez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Laura Paola Ramirez</i> DIRECTOR (A) <i>Secretaria Patricia</i> de la CIC	
ADMINISTRADOR (A)			

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