



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Fabiola Tazmin Sánchez Martínez	2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 23/02/16
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación y Calidad	4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100.00

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 Nextlalcoan

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 Fabiola Tazmin Sánchez mte NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Laurel Priscila Sánchez Martínez DIRECTOR (A)	ADMINISTRADOR (A)
---	--	-------------------

ISSEMYN
PAGADO

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