

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>Fabiola Yazmin Sánchez Martínez</b>		2/ NIVEL: <b>4</b>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <b>10/02/16</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Coordinación de Innovación y calidad</b>		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <b>100 - 00</b>

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 (sin sello)**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA
	10/ Km. FINAL:		

13/ EMPLEADO QUE RECIBE <b>Fabiola Yazmin Sánchez Martínez</b> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>Laura Paola Guzmán Acosta</b> DIRECTOR (A)	ADMINISTRADOR (A)
--	---	-------------------

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EFECTOS DE LA UNIDAD DE REGISTRO REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

**PAGADO**