



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: <b>11</b>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <b>11/x11/15</b>	
<b>Fabiola Yazmin Sánchez Martínez</b>		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <b>100</b>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
<b>Dirección de Mejoramiento de Procesos</b>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):				
<b>Traslado a reunion de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nextlalcoan. Sin sello</b>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<b>Fabiola Yazmin Sánchez Martínez</b> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<b>Rafael G. Torres López</b> DIRECTOR (A) <b>Secretario Particular de la CIC</b> ADMINISTRADOR (A)		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				