



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 11/x11/15	
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Dirección de Mejoramiento de Procesos				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado a reunion de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nextlalcoan. Sin sello				
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		
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		Rafael G. Torres López DIRECTOR (A) Secretario Particular 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.				