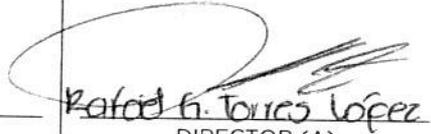


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 29-XII-2015	
Fabiola Yazmin Sanchez Martinez		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100.00	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
Dirección de Desarrollo y Calidad				
7/ CLASIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):				
Traslado a reunión de trabajo en la ciudad de Nextlalpan con autoridades del gobierno del Estado de México y del municipio				
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 Sanchez Mtz. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		 Rafael E. Torres Lopez DIRECTOR (A) Secretario Paralelo de la CIC ADMINISTRADOR (A)		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				

x