



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 2/x11/2015		
Fabiola Yazmin Sanchez miz		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 municipio de Nextlalpan. sin sell					
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			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
Fabiola Yazmin Sanchez martinez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			Eduardo G. Torres Lopez DIRECTOR (A) Secretaria 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.