



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Fabiola Yazmin Sánchez Martínez	2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 27/11/2015
	4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100.00

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 reunión de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nextlalcan 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 <input type="checkbox"/>
	10/ Km. FINAL:		

13/ EMPLEADO QUE RECIBE Fabiola Yazmin Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Rafael Torres López DIRECTOR (A) Secretaría 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.