



**PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE		FECHA <u>25-01-2017</u>
<u>José Miguel Reyes Cid Nivel II</u>		IMPORTE \$ <u>140=</u>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION		
<u>Unidad de Comunicación Social</u>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) Y DESTINO (S)		
<u>Supervisión y colocación de señalización en el Hospital Regional Talneportla</u>		
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		MODALIDAD DEL TRANSPORTE
		OFICIAL CON GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION
<u>C. José Miguel Reyes Cid</u>		<u>Ingrid Madrigal Martínez</u>

**I.S.S.E.M.Y.M.**  
 Unidad de Comunicación Social

RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION.

Nombre: José Miguel Reyes Cid

Cargo: Chofec

Firma: [Signature]

Fecha de Recepción: 25-01-2017