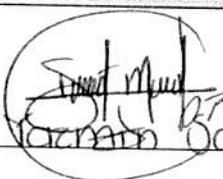


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 11	FECHA: 8-10-15
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		RANGO:	IMPORTE \$ 100
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Departamento de Procedimientos Administrativos			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Apoyo en la revisión de Procedimientos Médicos en el Hospital Regional Tlalnequillo.			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		 Rafael G. Torres López DIRECTOR Secretario Particular de la C.F.	
		ADMINISTRADOR	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

✂