



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 11	FECHA: 18/09/2015	
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		RANGO:	IMPORTE \$ 100	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 71001 Departamento de Evaluación de Procesos				
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Apoyo en la revisión de Procedimientos en el Hospital Regional Tlalnepantla				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	/	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		Rafael A. Torres López DIRECTOR Secretaría Particular de la CIC		
		ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SFI O DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				

✂