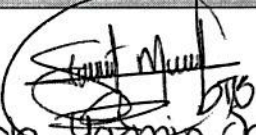





PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 11	FECHA: 14 Julio 2015	
Fabiola Yazmin Gómez Martínez		RANGO:	IMPORTE \$ 100	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 71201 OPM				
Departamento de Procedimientos Médicos				
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Aoyo en la Revisión de Procedimientos Médicos en el Centro Médico Ecatepec				
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 Gómez Martínez		 Rafael G. Torres López DIRECTOR Secretario Particular de la CIC.		
		14 JUL 2015 ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				