



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Fabiola Yezmin Sánchez Martínez</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>30-04-2015</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Apoyo en la revisión de manuales de Procedimientos en el centro médico Ecatepec.</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Fabiola Yezmin Sánchez Martínez</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Rafael G. Torres López</i> 30 APR 2015	
		DIRECTOR <i>Secretario Particular</i>	ADMINISTRADOR

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