

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 11	FECHA: 29-04-2015
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		RANGO:	IMPORTE \$ 100
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 7000 Coordinación de Innovación y Calidad			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Apoyo en la revisión de Procedimientos Médicos en el Centro Médico Ecatepec.			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA
<input 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		29 ABR 2015	
[Firma]		[Firma]	
		DIRECTOR ADMINISTRADOR	
		Secretario Particular	

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

50 000 002/13

✂

