



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Yadira Varela Bernal</i>		NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>6 de marzo de 2015</i>	
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>127</i>	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Procedimientos Administrativos</i>				
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Apoyo en la revisión de procedimientos médicos en el Centro Médico Ecatepec</i>				
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Yadira Varela Bernal</i>		<i>Rafael Guillermo Torres López</i>		
		DIRECTOR ADMINISTRADOR <i>Secretaría Particular</i> 05 MAR 2015		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				