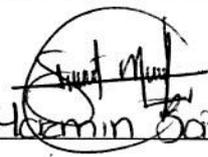




**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: 11	FECHA: 18/05/2015
Fabiola Yazmin Sánchez Martínez		RANGO:	IMPORTE \$ 100.00
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
70000 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 checked="" 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 mtz		 Rafael A. Torres López DIRECTOR Secretario Particular	
		18 MAY 2015 ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			