



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Cynthia Annie de la Cruz Hernández		NIVEL: 11	FECHA: 29 Sep 15		
		RANGO:	IMPORTE \$ 100.00		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 7207 Departamento de Procedimientos Médicos					
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Asistir a la Clínica Regional Jilotepec para revisión de Manuales de Procedimientos					
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA	
		Km. FINAL	X		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
Cynthia Annie de la Cruz Hernández			Rafael G. Torres Lopez SECRETARIO PARTICULAR DE LA C/CO DIRECTOR		
			ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					

X