



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | |
|--|-------------|---|--------------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i> | | NIVEL: <i>11</i> | FECHA: <i>18/09/15</i> |
| | | RANGO: | IMPORTE \$ <i>100.00</i> |
| UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71071 Departamento de Evaluación de Procesos</i> | | | |
| JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistir al Hospital Regional Tlaxtepan para revisión y modificación de formatos institucionales.</i> | | | |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | Km. INICIAL | CON GASOLINA | SIN GASOLINA |
| | Km. FINAL | <i>X</i> | |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE | | FIRMA DE AUTORIZACIÓN | |
| <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i> | | <i>Rafael A. Torres López</i> <i>Director Particular de la CIL</i> DIRECTOR | |
| | | ADMINISTRADOR | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | |

X