



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>77 Sep 15</i>
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>7-002 Departamento de Procedimientos Administrativos</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Revisión de manuales de procedimientos y formatos institucionales en el Hospital Regional Zumpango</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 G. Torres López</i> Secretaría Particular DIRECTOR	<i>7815</i> ADMINISTRADOR
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			