



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	NIVEL: <b>11</b>	FECHA: <b>10/09/15</b>
	RANGO:	IMPORTE \$ <b>100.00</b>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
**71202 Departamento de Procedimientos Administrativos**

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)  
*Revisión de formatos institucionales en el Hospital Regional "Nicolas Bravo Bicentenario"*

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>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	<i>Rafael G. Torres López</i> SECRETARÍA PARTICULAR DIRECTOR	ADMINISTRADOR

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

X