

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>14 Jul 15</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
71201 Departamento de Procedimientos Médicos

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Asistir al Centro Médico Ecatepec a revisión y actualización de procedimientos médicos.

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 Guillermo Torres López</i> SECRETARIO PARTICULAR DIRECTOR	<i>JUL 2015</i> ADMINISTRADOR

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

X