



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>18/05/15</i>
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>700.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71201 Departamento de Procedimientos Médicos</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Elaborar y desarrollar procedimientos médicos en el Centro médico Ecatepec</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	SIN GASOLINA
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> DIRECTOR	
		18 MAY 2015 ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			