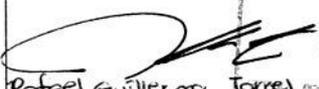


**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Cynthia Annie de la Cruz Hernández		NIVEL: 11	FECHA: 21/05/15
		RANGO:	IMPORTE \$ 100 <sup>00</sup>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 71201 Departamento de Procedimientos Médicos			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Desarrollo de formatos y procedimientos médicos en el Centro Médico Ecatepec			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Cynthia Annie de la Cruz Hernández		 Rafael Guillermo Torreles López Secretario Particular DIRECTOR	
		MAY 2015 ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			