

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Laura Ivonne Cruz Hernández		NIVEL: 11	FECHA: 5 de Marzo 2015		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Departamento de Evaluación de Procesos		RANGO:	IMPORTE \$ 127.00		
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) Asistencia al Centro Médico Ecatepec para Evaluación de Procedimientos Médicos					
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			
Laura Ivonne Cruz Hernández		Rafael Guillermo Torres Lopez DIRECTOR SECRETARÍA PARTICULAR			
		05 MAR 2015 ADMINISTRADOR			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					

50 000 002/13

8