

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>Laura Ivonne Cruz Hernández</b>		NIVEL: <b>11</b>	FECHA: <b>5 de Marzo 2015</b>	
		RANGO:	IMPORTE \$ <b>127<sup>00</sup></b>	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Departamento de Evaluación de Procesos</b>				
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <b>Asistencia al Centro Médico Ecatepec para Evaluación de Procedimientos Médicos</b>				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<b>Laura Ivonne Cruz Hernández</b>		<b>Rafael Guillermo Torres Lopez</b> DIRECTOR <b>SECRETARÍA PARTICULAR</b>		
		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