



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>23/02/16</i>
	4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
71001 Departamento de Evaluación de Procesos

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):
Tratado a reunión de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del municipio de Nextlalpan

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
	10/ Km. FINAL:	<i>X</i>	

13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	ISSEMYM PAGADO	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Laura Paola Ramirez Anas</i> DIRECTOR (A)	ADMINISTRADOR (A)
---	-------------------	--	-------------------

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE CANCELACIÓN DEL SELLO REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

