



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	2/ NIVEL: <i>71</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>7/12/15</i>
	4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>700.00</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
7.202 Departamento de Procedimientos Administrativos

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):
Traslado a Reunión de Trabajo con Autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nexttlan

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	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Rafael G. Torres López</i> DIRECTOR (A)	ADMINISTRADOR (A)
---	--	-------------------

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.