

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Cynthia Annie de la Cruz Hernández		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 14/12/15		
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100 ⁰⁰		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: 71000 Dirección de Mejoramiento de Procesos					
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 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:	X		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
 Cynthia Annie de la Cruz Hernández NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			 Rafael G. Torres López Secretario Ejecutivo de la CIC DIRECTOR (A)		
			ADMINISTRADOR (A)		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					