

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>28/12/15</i>	
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100<sup>00</sup></i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000 Dirección de desarrollo y Calidad</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Teniendo a reunión de Trabajo en la Ciudad de Nextlalpan con autoridades del gobierno del Estado de México y del municipio (sin sellos)</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<i>Enrique G. Torres López</i> Secretario Particular 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.				

X