
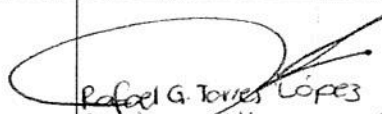


**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>21/09/15</i>	
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>7101 Departamento de Evaluación de Procesos</i>				
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistir al Hospital Regional Tlaxepantla para recibir un análisis en sus formatos y procedimientos aplicables.</i>				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	<i>X</i>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
 <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>		 <i>Rafael G. Torres López</i> Secretario particular de la CIO DIRECTOR	_____ ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				