

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: 2/ NIVEL: 20 23/03/17

ALEJANDRO LEON SORIAS

4/ RANGO: 4 5/ IMPORTE: \$ 140

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

COORDINACIÓN D SEAN. D SALVA

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) IR A DEJAR DOCUMENTACIÓN FISCAL AL HOSPITAL REGIONAL ZUMPANGO Y AL HOSPITAL REGIONAL COLNE PANTLA

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL PARTICULAR

No. DE MATRICULA:

MTR 1392

9/ Km. INICIAL

114169

10/ CON GASOLINA

12/ Km. FINAL

114398

11/ SIN GASOLINA

PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBIó FIRMA DE AUTORIZACIÓN

ALEJANDRO LEON SORIAS

Beitha del C. Sanchez Garcia

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