

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

②

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 15	FECHA: 05-11-15
Rorro Aulia Garcia		RANGO: 2	IMPORTE: \$106.30
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zumpango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO(S) Entrega de documentación por oficinas centrales de Toluca			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL: X	214673	X	
PARTICULAR:	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
	214925		
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Rorro Aulia Garcia <i>R-146</i>		<i>[Signature]</i>	
<small>NOTA TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</small>			

PAGO
NOV 2015