

6

# PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 5	FEC: <del>PAGO</del> Nov/15
Fernando Quesada Camilo		RANGO: 2	IMPORTE: <del>52000</del>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zumpango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Entregar documentación en oficinas centrales Toluca.			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
PARTICULAR: X	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA X	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
<del>F. Quesada</del> Fernando Quesada Camilo		[Signature]	

10 NOV 2015

NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO