

12

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Juan Antonio Figueroa Vazquez</i>	NIVEL: <i>10</i>	FECHA: <i>17-07-2015</i>
	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: <i>\$ 106.30</i>

UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:
Hospital Regional Zempango

JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)
*Acudir a la Cd. de Toluca entrega y tramite de documentos
Oficial*

MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. INIC: <i>204754</i>	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL: <i>205021</i>	SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Juan Antonio Figueroa Vazquez</i>	FIRMA DE AUTORIZACION <i>[Signature]</i>
--	---

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

50 000 002/ 11

17 JUL 2015
 AGADO