

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 23	FECHA: 03/08/15
Ma. Guadalupe Montañón Rojas		RANGO: 3	IMPORTE: \$ 207 80
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zumpango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Acudira a la Cd. de Toluca a entrega y tramite de documentación oficial			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
PARTICULAR: X	Km. FINAL:	SIN GASOLINA X	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Ma. Gpe. Montañón Rojas			

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

50 000 002/ 11

3 AGO 2015

② ✓