


PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

1

10 JUL 2015
 PAGO
 10

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 03	FECHA: 01-07-15
Silvia Ramirez Montes		RANGO: 2	IMPORTE: \$207.80
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:			
Hospital Regional Zumpango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DE VIAJE FECHA (S), DESTINO(S)			
Acudir al auditorio del Hospital Regional Toluca al "curso de clinica de heridas en el primer nivel de atención"			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL:			
PARTICULAR: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
		X	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Silvia Ramirez Montes			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			