

1

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE Silvia Ramirez Montes	NIVEL: 03	FECHA: 01-07-15
	RANGO: 2	IMPORTE: \$207.80

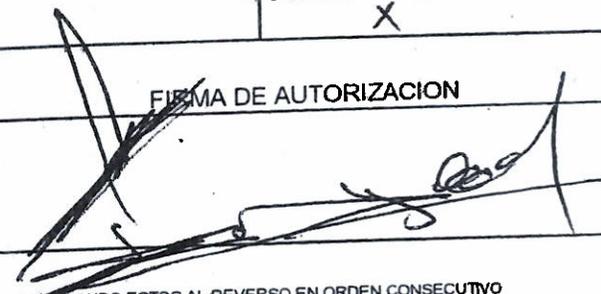
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:
Hospital Regional Zumpango

JUSTIFICACION MOTIVOS DE VIAJE FECHA (S), DESTINO(S)
Aadir al auditorio del Hospital Regional Toluca al "curso de clinica de heridas en el primer nivel de atencion"

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
--	-----------------------

Silvia Ramirez Montes	
------------------------------	--

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

50 000 002/ 11

10 JUL 2015 10:10 AM