

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Ma. Guadalupe Montano Rojas</i>	NIVEL: <i>23</i>	FECHA: <i>28/07/15</i>
	RANGO: <i>3</i>	IMPORTE: \$ <i>207,80</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Zumpango</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Acudir a la cd. de Volcan a realizar entrega y tramite de documentacion oficial</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:	Km. INIC:	CON GASOLINA
PARTICULAR: <i>X</i>	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA <i>X</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION
<i>Ma. Gpe. Montano Rojas</i>		<i>[Signature]</i>
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		

28 JUL 2015

PAGAR