

15

21 JUL 2015

| PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE | | |
|--|---|---|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Alejandro R. Aguilar V.</i> | NIVEL: <i>10</i> | FECHA: <i>21-07-15</i> |
| | RANGO: <i>2</i> | IMPORTE: \$ <i>10630</i> |
| UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Zumpango</i> | | |
| JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Ir a hacer documentación a oficinas centrales en la Ciudad de Toluca</i> | | |
| MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/> | Km. INIC: <i>205031</i> | CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> |
| PARTICULAR: <input type="checkbox"/> | Km. FINAL: <i>205281</i> | SIN GASOLINA <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Alejandro R. Aguilar V.</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 | | |