

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>26-6-15</i>
<i>Santya Gamba Nolasca</i>	RANGO: <i>PACADO</i>	IMPORTE: <i>106</i>

UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: *Hospital Regional Zumpango*

JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)
Hacer Jornadas de Fines Controladas Toluca

MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. INIC: <i>26 JUN 2015</i> <i>203069</i>	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--

PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	K.M. FINAL: <i>203300</i>	SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------	---------------------------------------

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Santya Gamba Nolasca</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