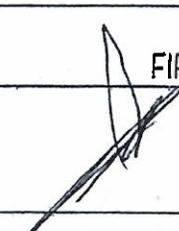


## PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

(12)

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL:	FECHA:
Ma Guadalupe Montaña Rojas UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Ampango		23	18 Dic. 2015
		RANGO:	IMPORTE: \$207.80
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Acudir a la Cd. de Toluca entrega y tramite de documentación oficial a diversos departamentos del Instituto			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL:			
PARTICULAR:	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
X		X	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Ma Gpe. Montaña Rojas			

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