

## PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

12

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 23	FECHA: 18 Dic. 2015
Ma Guadalupe Montaña Rojas		RANGO: 2	IMPORTE: \$207.80
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Tampango			
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: OFICIAL:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
PARTICULAR: X	Km. FINAL:	SIN GASOLINA 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