

18

# PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 10	FECHA: 29-DIC-15
JUAN TRUJANO JIMENEZ		RANGO: 2	IMPORTE: \$106.30
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL REGIONAL TAMPUNGO			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) LLEVAR DOCUMENTOS A LAS OFICINAS CENTRALES EN TOLUCA 29 DIC 2015			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	GASOLINA	
OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	220 206	<input checked="" type="checkbox"/>	
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
	220 494	<input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
JUAN TRUJANO JIMENEZ			

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

EN 000 0001 11