

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

(20)

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 5	FECHA: 27/Nov/15
Fernando Cruzada Camilo		RANGO: 2	IMPORTE: 207.80
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zumpango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Entregu documentación oficial y nomina			
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	
Fernando Cruzada Camilo			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			

