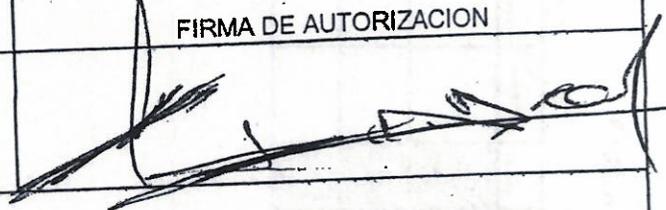


PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

10

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 23	FECHA: 13 Nov. 2015
Ma Guadalupe Montaña Rojas		RANGO: 2	IMPORTE: \$ 207 ⁸⁰
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zumpango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Acudir a la Cd. de Toluca e entrega y tramite de documentación oficial			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:		PACADO	CON GASOLINA
PARTICULAR: X		K.M. 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			

50 000 002/ 11