



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 13	FECHA: 25-11-15
Rocio Aida Garcia		RANGO: 2	IMPORTE: \$207.80
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zumbango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Entregar documentacion oficial en oficinas centrales de Toluca			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
PARTICULAR: Y	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA X	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
 Rocio Aida Garcia			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			