

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

12

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 23	FECHA: 20/11/15
Ma Guadalupe Montaña Rojas		RANGO: 2	MONTE: \$ 207.30
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zumpango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA(S) DESTINO(S) Acudir a la C.A. de Toluca para 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 Guadalupe 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