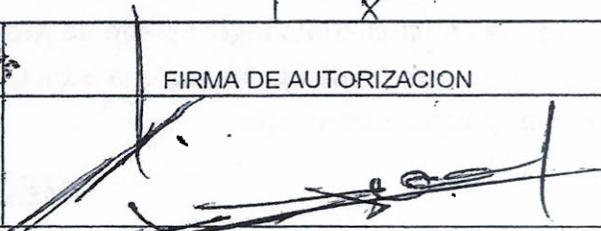


PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

13

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL:	FECHA:
Ma. Guadalupe Montaña Rojas		23	24/11/15
		RANGO: 2	86
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Hospital Regional Zapango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)			
Acudir a la cd. de Toluca entrega y tramite de documentación oficial a oficinas departamentales			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL:			
PARTICULAR:	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
X	NOV 2015	X	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Ma. Gpe. Montaña Rojas			
<small>NOTA. TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</small>			