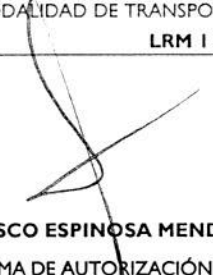


**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE:  <b>HÉCTOR PARDIÑAS VALDÉS NIVEL. 5</b>		FECHA:  <b>08 DE DICIEMBRE DE 2015</b>
		IMPORTE  <b>\$140.20</b>
UNIDAD MÉDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>DEPARTAMENTO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN</b>		
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)) <b>ENTREGA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN: CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA HUIXQUILUCAN.</b>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER SELLO (S) DE LA (S) UNIDAD (ES) VISITADAS, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO, EN ORDEN CONSECUTIVO		MODALIDAD DE TRANSPORTE  <b>LRM 1100</b>
 <b>HÉCTOR PARDIÑAS VALDÉS</b> NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		 <b>FRANCISCO ESPINOSA MENDOZA</b> FIRMA DE AUTORIZACIÓN

**issemym**

\* 08 DIC 2015 \*

**PAGADO**  
SUBDIRECCIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES  
61200  
203F



*[Handwritten signature]*