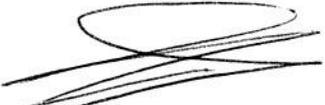


243

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>MAURICIO GONZALEZ ALBARRAN NIVEL II</b>		FECHA: <b>08 DE DICIEMBRE 2015</b>
		IMPORTE: <b>140.20</b>
UNIDAD MÉDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>DEPARTAMENTO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACION</b>		
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)) ENTREGA RECEPCION DE DOCUEMNTACION EN: OFICINA DE ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE TEJUPILCO, HOSPITAL REGIONAL TEJUPILCO, HOSPITAL REGIONAL NICOLÁS BRAVO BICENTENARIO VALLE DE BRAVO, CLINICA DE CONSULTA EXTERNA VALLE DE BRAVO, CENTRO VACACIONAL VALLE DE BRAVO, OFICINA DE ATENCIÓN VALLE DE BRAVO.		
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>LZV 8105</b>
 <b>MAURICIO GONZALEZ ALBARRAN</b> NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		 <b>FRANCISCO ESPINOSA MENDOZA</b> FIRMA DE AUTORIZACIÓN



\* 08 DIC 2015 \*

PAGADO  
 SUBDIRECCIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES  
 61200  
 203F

50 000 002 / 09