
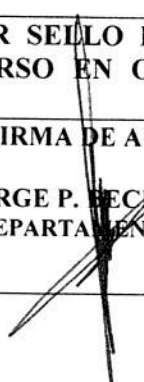


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		FECHA	7 DE FEBRERO DEL 2017
MA. TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ	NIVEL 18	RANGO 2	
			IMPORTE
			\$128.00
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION			
DEPARTAMENTO DE SOPORTE			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) CLINICA DE CONSULTA EXTERNA HUIXQUILUCAN PARA TRAMITE DE INFORMACION INHERENTE A LA SUBDIRECCION EL DIA 7 DE FEBRERO DEL 2017			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			MODALIDAD
			OFICIAL
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
MA TRINIDAD SALDAÑA LOPEZ 		JORGE P. ECERRIL ARZATE JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SOPORTE TECNICO 	

RECIBIDO
 07 FEB 2017

