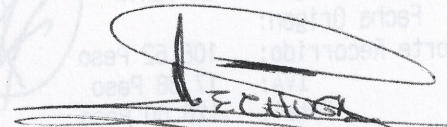
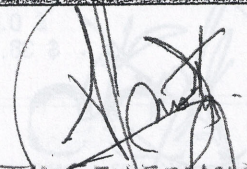


1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: FERNANDO LECHUGA SANCHEZ.	2/ NIVEL: 23	3/ FECHA: 21/04/2017
	4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 140.00

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
DEPARTAMENTO DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
**TRÁMITES DEL HOSPITAL REGIONAL TLAQUEPÁN EN MEDIO ALLENTE
 DEL ESTADO DE MEXICO**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: MFR-1392	9/ Km. INICIAL 116046	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL 116180	X	PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBIÓ:  FERNANDO LECHUGA SANCHEZ.	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:  MANUEL EDITH SENERIANO SANCHEZ.
--	---

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

X

