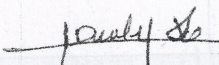
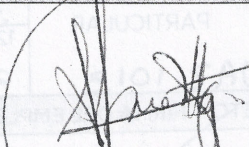


## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Dulce Ibet Cortez Becerra</i>		2/NIVEL: <i>6</i>	3/FECHA: <i>03/05/2017</i>	
		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i>	
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica</i>				
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S) <i>Supervisión Matzán en Clínica Regional Cautitlan Izcalli</i>				
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR NO. DE MATRÍCULA:	9/KM. INICIAL:  12/KM. FINAL:	10/CON GASOLINA:  <i>si</i>	11/SIN GASOLINA:	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
 <i>Dulce Ibet Cortez Becerra</i>		 <i>Alma Edith Serrano Sánchez</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ. REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				

50 000 002/17

→ Sello en formato adjunto