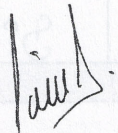
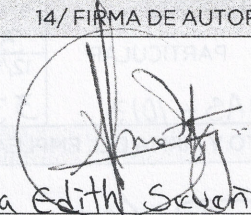


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/NIVEL: 5	3/FECHA: 24-05-2017
Julietta Alvarado Ocampo		4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140. ⁰⁰
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Subdirección de Atención Médica Departamento de Medicina Familiar			
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)			
Supervisión de trabajo Social y Rel. Públicas del Hosp. Reg. Tenancingo			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		360513	
NO. DE MATRÍCULA:		12/KM. FINAL:	11/SIN GASOLINA:
LRM 1166		360641	Si
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Julieta Alvarado Ocampo 			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			