
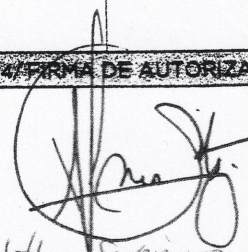




PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 22	3/ FECHA: 4-12-17
Sandra Mónica Mejía Hernández		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 140.00
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Subdirección de Atención Médica			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Supervisión de Referencia y Contrarreferencia en H.R. Tejupilco.			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:	9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	130426		
No. DE MATRÍCULA:	12/ Km. FINAL		
MEV 3235	130631	SI	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Sandra Mónica Mejía Hernández		 Dra. Norma Edith Soreliano Sánchez	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

31300