

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <i>Maria Guadalupe Romero Sánchez</i>	Nivel <i>13</i>	Fecha <i>31/01/17</i>
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción <i>Delegación Administrativa de la C.S.S</i>	Importe: <i>\$ 212</i>	
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). <i>Evento de clausura de la Clínica de Estrés Posttraumático</i>		
Modalidad de transporte: Transporte Público <input type="checkbox"/> Vehículo oficial <input checked="" type="checkbox"/> Vehículo propio <input type="checkbox"/>		Gasolina <input checked="" type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin
Nombre y firma del empleado que recibe <i>Maria Guadalupe Romero Sánchez</i>	Firma de autorización <i>Bertha del Carmen Sánchez García</i>	

Nota: terminada la comisión deberá obtener el sello de la Unidad que visitó registrando estos al reverso y en orden consecutivo.

PAU

ATENTAMENTE

**BERTHA DEL CARMEN SANCHEZ GARCIA
SUPLENTE DE LA DELEGACION ADMINISTRATIVA
DE LA COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD**

c.c.p. Expediente

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS