



**PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE**

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del solicitante<br><i>Isela Karina Pina Garza</i>                                                                                                              | Nivel<br><i>17</i>                                               | Fecha<br><i>31/01/2017</i>                                                       |
| Unidad Médico – Administrativa de Adscripción<br><i>Delegación Administrativa</i>                                                                                     | Importe:<br><i>\$ 212.00</i>                                     |                                                                                  |
| Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s).<br><i>Evento de Clausura de la Clínica de Estrés Posttraumático en el H.B. Tlalnepantla</i>                    |                                                                  |                                                                                  |
| Modalidad de transporte:<br>Transporte Público <input type="checkbox"/> Vehículo oficial <input checked="" type="checkbox"/> Vehículo propio <input type="checkbox"/> |                                                                  | Gasolina<br><input checked="" type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin |
| Nombre y firma del empleado que recibe<br><i>Isela Karina Pina Garza</i>                                                                                              | Firma de autorización<br><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.

Agradeciendo su apoyo, le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

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

c.c.p. Expediente