



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <b>DEYANNO LEÓN SARAS</b>	Nivel <b>20</b>	Fecha <b>25/ENE/17</b>
Unidad Médico – Administrativa de Adscripción <b>COORDINACION O SERVICIO DE SALUD</b>		Importe: <b>\$ 212</b>
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). <b>TRASLADO A PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TOLUQUEÑOSA</b>		
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 <b>DEYANNO LEÓN SARAS</b>	Firma de autorización <b>Bertha del Carmen Sanchez Garcia</b>	

PAGADO

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

ATENTAMENTE

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

c.c.p. Expediente