



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

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

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