



### PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <i>ALEJANDRO LEON SORAS</i>		Nivel <i>ZC</i>	Fecha <i>1 FEB/17</i>
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción <i>COORDINACION A SERVICIOS DE SALUD</i>			Importe: <i>\$ 212-</i>
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)) <i>TRASPASADO A PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TOLUCA PONTLA</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>Alejandro Leon Soras</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.

# PAGADO

**ATENTAMENTE**

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

c.c.p. Expediente