



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante ALEJANDRO UERON SARAS	Nivel 20	Fecha 10/ENE/17
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD		Importe: \$ 212.00
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). TRASLADO DE PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TOLUCA MONTA		
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 ALEJANDRO UERON SARAS	Firma de autorización Bertha del Carmen Sánchez García	

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