



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante DEJUANRO LEON SARAS		Nivel 20	Fecha 17/ENE/17
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción COORDINACION D SEM. A SALUD		Importe: \$ 212-	
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). TRASLADO DE PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TLALNEPANTLA			
Modalidad de transporte:		Gasolina	
Transporte Público <input type="checkbox"/>	Vehículo oficial <input checked="" type="checkbox"/>	Vehículo propio <input type="checkbox"/>	Con <input checked="" type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/>
Nombre y firma del empleado que recibe DEJUANRO LEON SARAS		Firma de autorización Bertha del Carmen Sánchez García	

PAGAL

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