



**PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE**

Nombre del solicitante <b>DEJONORO LEON SARRAS</b>		Nivel <b>20</b>	Fecha <b>17/ENE/17</b>
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción <b>COORDINACION D SEM. A SALUD</b>		Importe: <b>\$ 212-</b>	
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). <b>TRASLADO DE PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TLALNEPANTLA</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>DEJONORO LEON SARRAS</b>		Firma de autorización <b>Bertha del Carmen Sánchez García</b>	

**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