



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante DEJANDRO LEON SAAZAS		Nivel 20	Fecha 18/ENE/17
Unidad Médico – Administrativa de Adscripción COORDINACION A SERV. D SALUD			Importe: \$ 212-
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)). TRASLADO A PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TLAHUAPAN			
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 DEJANDRO LEON SAAZAS		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.

PAGAD

ATENTAMENTE

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

c.c.p. Expediente