



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <i>Maria Guadalupe Romero Sanchez</i>	Nivel <i>13</i>	Fecha <i>17/02/17</i>
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción <i>Delegación Administrativa de la C.S. Salud</i>	Importe: <i>\$ 212</i>	
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). <i>Supervisión de plantilla al Hospital Regional Tlaxiaco</i>		
Modalidad de transporte: Transporte Público <input type="checkbox"/> Vehículo oficial <input checked="" type="checkbox"/> Vehículo propio <input type="checkbox"/>		Gasolina Con <input checked="" type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/>
Nombre y firma del empleado que recibe <i>Maria Guadalupe Romero Sanchez</i>	Firma de autorización <i>Bertha del C. Sanchez Garcia</i>	

PAGADO

Nota: terminada la comisión deberá obtener el sello de la Unidad que visitó registrando estos al reverso y en orden consecutivo.

ATENTAMENTE

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

c.c.p. Expediente