



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 <input checked="" type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin |
| 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