



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Nombre del solicitante <i>Benjamín Gorduno González</i> | Nivel <i>II</i> | Fecha <i>15/02/17</i> |
| Unidad Médico – Administrativa de Adscripción <i>Delegación Administrativa de la Coordinación de S.S.</i> | Importe: <i>212⁰⁰</i> | |
| Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). <i>Traslado de la Arquitecta a supervisión de obras de la C. R. Amecomeca.</i> | | |

PAGADO

| | | | |
|---|--|--|--|
| 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 <i>Benjamín Gorduno González</i> | Firma de autorización <i>Lic. Bertha del Carmen Sánchez García.</i> |
|--|--|

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