



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | |
|---|--|--|--------------------------|
| Nombre del solicitante <i>Benjamin Corduio Gonzalez</i> | | Nivel <i>11</i> | Fecha <i>10/02/17</i> |
| Unidad Médico – Administrativa de Adscripción <i>Delegación Administrativa de la Coordinación S.S</i> | | Importe: <i>\$ 212⁰⁰</i> | |
| Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s). <i>Traslado de Personal a supervisión de C. C. Externa de Naucalpan</i> | | | |
| Modalidad de transporte: <i>Oficial</i> | | Gasolina <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sin | |
| Nombre y firma del empleado que recibe <i>Btt</i> <i>Benjamin Corduio Gonzalez</i> | | Firma de autorización <i>[Signature]</i> <i>Lic Bertha del C. Sanchez Garcia</i> | |

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 envió un cordial saludo.

ATENTAMENTE

[Signature]
BERTHA DEL CARMEN SANCHEZ GARCIA
SUPLENTE DE LA DELEGACION ADMINISTRATIVA
DE LA COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD

c.c.p. Expediente

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS