



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <i>Alejandro León Saras</i>	Nivel <i>26</i>	Fecha <i>23 FEB 17</i>
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción <i>COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD</i>	Importe: <i>\$ 212-</i>	
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s).) <i>TRANSACCION A PERSONA MEDICA A HOSPITAL REGIONAL TLAHUACAPAN</i>		
PAGADO		
Modalidad de transporte:		Gasolina
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 <input type="checkbox"/>
Nombre y firma del empleado que recibe <i>Alejandro León Saras</i>	Firma de autorización <i>Bertha del Carmen 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 envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

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