



**PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE**

Nombre del solicitante <b>DEYANORO LEON SARAS</b>	Nivel <b>20</b>	Fecha <b>22 FEB-17</b>
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción <b>COORDINACION Y SERVICIO A SALUD</b>		Importe: <b>\$ 212.</b>
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)). <b>TRASLADO A PERSONAL MEDICO SIA CLINICA Y CONSULTA EXTERNA Y LOCAL DE PANTLA</b>		
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 <b>DEYANORO LEON SARAS</b>	Firma de autorización <b>Bertha del Carmen Sánchez García</b>	

**PAGADO**

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