



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante ALEJANDRO LEON SANCHEZ		Nivel 20	Fecha 24 FEB/17
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción COORDINACION O SEAU. O SALUD			Importe: \$ 212-
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)). TRASLADO O PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TLACHEPANTELA			
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 ALEJANDRO LEON SANCHEZ		Firma de autorización Bertha del Carmen Sánchez García	

PAGADO

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