



### PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <b>ALEJANDRO LEON SANCHEZ</b>		Nivel <b>20</b>	Fecha <b>24 FEB/17</b>
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción <b>COORDINACION D SEAU. D SALUD</b>			Importe: <b>\$ 212-</b>
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)). <b>TRASLADO D PERSONA MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL TLACHEPANLA</b>			
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 <b>ALEJANDRO LEON SANCHEZ</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.