

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

José Manuel Robles Fernández

2/ NIVEL: 19

4/ RANGO: 2

3/ FECHA: 27/08/2017

5/ IMPORTE: \$ 170.00

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PAGADO

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

SUPERVISIÓN AL HOSPITAL REGIONAL TOLNERNANTLA. REUNIÓN CON DIRECTORES DE UNIDADES MÉDICAS

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

 OFICIAL PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

124664

10 / CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

MNY-7654

12/ Km. FINAL

129711

X

13 / NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

José Manuel Robles Fernández

14 / FIRMA DE AUTORIZACIÓN

BETHA DEL CARMEN SANCHEZ GALCIA

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.