GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

PROTECCION CIVIL

"AÑO DEL CENTENARIO DE LA INSTALACION DEL CONGRESO CONSTITUYENTE"

CONTROL DE TRASLADOS

DIA: 05 MES: 03 AÑO: 16 TURNO: A1 CHOFER: Migel Angel Posada Hdz.

#DE FOLIO:_____ COMPROBANTE:_____ CANTIDAD:_____ TOTAL DE GASOLINA:_____

KM ANTES DEL TRASLADO:_____

KM DESPUES DEL TRASLADO:_____

QUIEN SOLICITA: Familiar

PACIENTE: Alonso Alvarez Martinez Edad 66

LUGAR DE PROCEDENCIA: Almoloya de Alquisiras Centro

LUGAR DE LLEGADA: Texcaltitlan

HORA DE SALIDA:_____ HORA DE LLEGADA:_____

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE DEL O (LA) PASCIENTE:
Soledad Rocha Hdz 65 años

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
G EnGRANDE
ISEM
HOSPITAL MUNICIPAL
"TEXCALTITLÁN
"JUAN ALDAMA" BICENTENARIO

NOMBRE Y FIRMA DEL CHOFER RESPONSABLE DE LA UNIDAD:_____

AUXILIARES:_____

APOYO A EVENTOS SOCIALES

DIA:_____ MES:_____ AÑO:_____ TURNO:_____ CHOFER:_____

#DE FOLIO:_____ COMPROBANTE:_____ CANTIDAD:_____ TOTAL DE GASOLINA:_____

KM ANTES DEL TRASLADO:_____ KM DESPUES DEL TRASLADO:_____

QUIEN SOLICITA:_____

TIPO DE EVENTO:_____

LUGAR DEL EVENTO:_____

HORA DE SALIDA:_____ HORA DE LLEGADA:_____

AUTORIZADA POR:_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DE AGRADECIMIENTO