



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: *Isidro Narciso Estrada Rebollar*
 NIVEL: 12 FECHA: 27 Junio 16
 RANGO: 2 IMPORTE: \$ 100.-

UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN
 DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE UNIDADES MEDICAS

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) *Me traslado el 16 del mes de junio al Hospital Regional Tejupitán*

MODALIDAD DE TRANSPORTE:
 TRANSPORTE PÚBLICO VEHÍCULO OFICIAL VEHÍCULO PROPIO
 GASOLINA: **Con** Sin

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: *Isidro Estrada*
 FIRMA DE AUTORIZACIÓN: *[Signature]*
 GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
GRANDE
 DRA. LIZETH URBINA SANCHEZ
 JEFA DE DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE UNIDADES MEDICAS

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

FRAGATA

[Handwritten mark]