



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: 17	3/ FECHA: 31-III-17	
Sergio G Glin Cornejo		4/ RANGO: ✓	5/ IMPORTE: \$ 140	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:				
Dol. Administrativa de la C.S.S				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)				
Supervisión al Centro Médico Tecate				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		11907		
No. DE MATRÍCULA: MNY-7094		12/ Km. FINAL		
		112182		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 Sergio G Glin Cornejo			 Lic. Bartolomé del C. Sandoval	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				