



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|  |                     |                            |
|--|---------------------|----------------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><br><i>Sergio G. Colín C.</i> | 2/ NIVEL: <i>17</i> | 3/ FECHA: <i>3-V-17</i>    |
|  | 4/ RANGO: <i>4</i>  | 5/ IMPORTE: \$ <i>1900</i> |

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
*Dol. Adm. de la C.S.S.*

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)  
*Supervisión a la C.R. Cuautitlan Izcalli*

|  |                                       |                                |                  |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|------------------|
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | 9/ Km. INICIAL<br><i>233510</i>       | 10/ CON GASOLINA               | 11/ SIN GASOLINA |
|  | No. DE MATRICULA:<br><i>M411-8469</i> | 12/ Km. FINAL<br><i>233755</i> | <i>X</i>         |

|  |   |
|--|---|
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br><br><i>Sergio G. Colín C.</i> | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><br><i>Beitha del C. Sánchez Cenic</i> |
|--|---|

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