



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA:
María Guadalupe Romero Sánchez		13	20/06/17
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$
		4	140
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Delegación Administrativa de la C.S.S			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Supervisión Hospital General Ixtapan de la Sal			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		234,093	
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	10/ CON GASOLINA
M7H-8469		234,211	X
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
María Guadalupe Romero Sánchez			

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

X