

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Sergio G Colina C</i>	2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>19.01-17</i>
	4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.00</i>

NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Del. Admra de la CSS

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
Supervision CCE Villa Guerrero.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: <i>MTH-8469.</i>	9/ Km. INICIAL <i>233,989</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <i>234,093</i>	<i>X</i>	

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Sergio G Colina C</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic Bertha Sanchez</i>
---	--

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