



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|--|--|----------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: | | 2/ NIVEL: | 3/ FECHA: |
| Sergio G Colin Carmona | | 17 | 27-01-17 |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: | | 4/ RANGO: | 5/ IMPORTE: \$ |
| Del Admva de la C.S.S. | | 4 | 140.00 |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) | | | |
| Entrega de documentación en la CCE Coahuila | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: | | 9/ Km. INICIAL | 10/ CON GASOLINA |
| <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | | 11/ SIN GASOLINA |
| No. DE MATRICULA: | | 12/ Km. FINAL | |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: | |
| Sergio G Colin Carmona | | Lic. Bertha Sanchez G. | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | |