



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA:
María Guadalupe Romero Sánchez		13	04/07/17
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$
Delegación Administrativa de la C.S.S.		4	1400
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Supervisión al Hospital Regional Tlalreentla.			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		129564	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	
MEV3235		199642	X
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBIÓ		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
María Guadalupe Romero Sánchez		Cec. Beatriz del Carmen Sánchez García	

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