



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>María Guadalupe Romero Sánchez</i>	2/ NIVEL: <i>13</i>	3/ FECHA: <i>27/06/17</i>
	4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

Delegación Administrativa de la C.S.S

PAGADO

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

Supervisión a la clínica Regional Amecameca.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>361,327</i>	10/ CON GASOLINA <i>X</i>	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRÍCULA: <i>CRU-1166</i>		

FIRMAS COMPLETAS DE LOS EMPLEADOS QUE RECIBEN		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>María Guadalupe Romero Sánchez</i>		<i>Bertha del C. Sanchez Garcia</i>	

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