



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Morica Cevallos Romero Sanchez	2/ NIVEL: 17	3/ FECHA: 08/08/17
	4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 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 al H. R. Valle de Chalco Solidaridad

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL 122 910	10/ CON GASOLINA X	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRICULA: MNY - 7694		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Morica Cevallos Romero Sanchez	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Bertha del C. Sanchez Garcia
---	---

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