



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Maria Guadalupe Romero Sanchez</i>	2/ NIVEL: <i>12</i>	3/ FECHA: <i>18/08/17</i>
	4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>

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 a la C.C.E. Talrepanitla

PAGADO

3/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>133446</i>	10/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	11/ SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
	No. DE MATRICULA: <i>MEV-3235</i>		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Maria Guadalupe Romero Sanchez

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Lic. Bertha del Carmen Sánchez