



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Sergio G Celia Cornejo</i>	2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>30-VIII-17</i>
	4/ RANGO: <i>X</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
*Del. Administrativa de la CSS*

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)  
*Supervision Cons Mol Tamesal Texce*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: <i>MBU-3206</i>	9/ Km. INICIAL <i>183442</i>	10/ CON GASOLINA <i>1</i>	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <i>183647</i>		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Sergio G Celia Cornejo</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Beitha de C Sanchez Garcia</i>
--	--

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