



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Sergio G. Colin C.</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>14-XI-17</i>		
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.00</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Delegación Administrativa de la C.S.S.</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Entrega de documentación al H. D. Valle de C. Pracc.</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>165600</i>	10/ CON GASOLINA <i>X</i>	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <i>M RV-3235</i>		12/ Km. FINAL <i>165854</i>			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE REGISTRA			FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Sergio G. Colin C. Colin</i>			<i>Lic. Bertha Sanchez G.</i>		

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