



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL: <b>II</b>	3/ FECHA: <b>19 Oct 17</b>
<b>Gabriela Placido de la Cruz</b>		4/ RANGO: <b>2</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140</b>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
<b>Delegación Administrativa de la CSS</b>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
<b>Supervisión al Hospital Regional Nezahualcoyotl</b>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		<b>129406</b>	11/ SIN GASOLINA
o. DE MATRÍCULA: <b>MFR. 1392</b>		12/ Km. FINAL	<b>X</b>
		<b>129606</b>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 <b>Gabriela Placido de la Cruz</b>		 <b>Lic. Bertha del C. Sánchez García</b>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

PAGADO