



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: DAVID EDUARDO MARTINEZ GOROSTIETA		2/ NIVEL: 15	3/ FECHA: 21/04/17		
		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 128.00		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: DEPARTAMENTO DE SOPORTE TECNICO					
7/ JUSTIFICACION: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) 21/04/17 HOSPITAL REGIONAL TEJUPILCO -Y VALIDACION DE LICENCIAS					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 102945	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: MNY-4558		12/ Km. FINAL 103945			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE DAVID EDUARDO MARTINEZ GOROSTIETA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN JOSE ISRAEL SALAZAR JIMENEZ		

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

✂

**RECIBIDO**