



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: DAVID EDUARDO MARTINEZ GOROSTIETA		2/ NIVEL: 15	3/ FECHA: 17/04/17		
		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 128.00		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: DEPARTAMENTO DE SOPORTE TECNICO					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) 17/04/17 HOSPITAL REGIONAL TEJUPILCO -Y VALIDACION DE LICENCIAS					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 102186	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: MNY-4558		12/ Km. FINAL 102253	13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  DAVID EDUARDO MARTINEZ GOROSTIETA <i>[Signature]</i>		
			14/ FIRMA DE AUTORIZACION  JOSE ISRAEL SALAZAR JIMENEZ <i>[Signature]</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VIATO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					

50 000 002/17

**RECIBIDO**  
*[Handwritten signature]*

✂