



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | |
|--|-------------|--|-----------------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Luis Antonio Rodriguez Poblete</i> | | NIVEL: <i>11</i> | FECHA: <i>08-10-15</i> |
| | | RANGO: | IMPORTE \$ <i>100.00</i> |
| UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71001</i> | | | |
| JURISDICCIÓN: <i>Departamento de evaluación de procesos.</i> | | | |
| MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S): <i>Revisión de procedimientos en el hospital regional de Zumpango.</i> | | | |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | Km. INICIAL | CON GASOLINA | SIN GASOLINA |
| | Km. FINAL | <i>✓</i> | |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE | | FIRMA DE AUTORIZACIÓN | |
| <i>Luis Antonio Rodriguez Poblete</i> | | <i>Rafael Torres Lopez</i> <i>Secretario Particular</i> DIRECTOR | |
| | | ADMINISTRADOR | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | |

✂