

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Luis Antonio Rodríguez Poblete</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>27-Nov-15</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71000</i>		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>	
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIÁJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado a reunión de Trabajo con Autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nextlalpan</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA
		10/ Km. FINAL:		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Luis Antonio Rodríguez Poblete</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<i>Rafael Torres Lopez</i> Srio. Part. de la C.I.C. DIRECTOR (A)		
		ADMINISTRADOR (A)		

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