



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Luis Antonio Rodríguez Poblote.</i>		NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>27/08/15</i>
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100''</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71202</i> <i>Dep. de Procedimientos Administrativos</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Revisión de procedimientos Administrativos en el Hospital regional Atlacomulco</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Luis Antonio Rodríguez Poblote</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Rafael Torres López</i> 27 AGO 2015 SECRETARIO PARTICULAR DIRECTOR DE LA CIC ADMINISTRADOR	

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