



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Luis Antonio Rodriguez Poblote</i>		NIVEL: <i>4+</i>	FECHA: <i>21-09-15</i>
		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71001</i>			
<i>Departamento de evaluación de procesos.</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Revisión de procedimientos en el hospital regional de Tlaxtepec</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
			<input checked="" type="checkbox"/>
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Luis Antonio Rodriguez Poblote</i>		<i>Rafael Torres Lopez</i> Secretario particular de la CIC.	
		DIRECTOR	ADMINISTRADOR
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			