



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>Doris Naidé Lara Piña</b>		NIVEL: <b>17</b>	FECHA: <b>noviembre 16. 2016</b>	
		RANGO: <b>2.</b>	IMPORTE \$ <b>100=</b>	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>Coordinación de Innovación &amp; Calidad</b>				
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <b>Traslado de Personal de la Coordinación de Innovación &amp; Calidad a reunión de trabajo con autoridades de Gobierno del Estado de México. (w.m.sello)</b>				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<b>Doris Naidé Lara Piña</b> <i>Maidé Lara</i>		<b>Laura Paola Ramírez Arayo</b> <i>Laura Paola Ramírez Arayo</i> DIRECTOR S.n.a. Particular C.I.C.		
		<b>Rodrigo Pablo Rojas</b> <i>Rodrigo Pablo Rojas</i> ADMINISTRADOR		
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				

50 000 002/13

