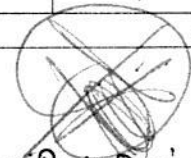
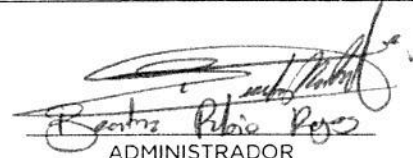


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

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: <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 <b>Doris Naidé Lara Piña</b> <i>Maidé Lara</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN  <b>Laura Paola Ramirez Arayo</b> DIRECTOR S.n.a. Particular CIC.	
		 <b>Roberto Pablo Rojas</b> ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

50 000 002/13

