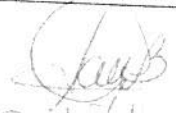

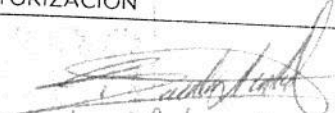


PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Doris Naidé Lara Piña		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 24 de Octubre de 2016		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación & Calidad		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100 -		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado del Personal de la la Coordinación de Innovación & Calidad a reunión de trabajo con actividades del Estado de México & del Municipio de Zumpango (S.X.XI) (S.XI)					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE  Doris Naidé Lara Piña NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  Laura Padalkemir Aray DIRECTOR (A)		 Bautista Rubén Rojas ADMINISTRADOR (A)
NOTA: TFRMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					