



Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Coordinación de Finanzas



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Nicolasa Molina Estrada		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) 29/08/16		
		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 300-		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: SUBDIRECCIÓN DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S): Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Villa Victoria a supervisión y capacitación, SUG, MUAL CIUDADANO y COCUSEP.					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE Nicolasa Molina Estrada NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Luz Araceli Santin DIRECTOR (A)			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					