



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Beatriz Rubio Reyes</i>		NIVEL: <i>C</i>	FECHA: <i>28 Septiembre 2016</i>	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>	
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Visita de Operación de los Programas de Calidad a la Clínica de Consulta Externa de Tenango del Valle.</i>				
MODALIDAD DE TRANSPORTE: ☒ OFICIAL ☐ PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
		Km. FINAL	☒	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Beatriz Rubio Reyes</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
		<i>Lic. Laura Piedad Romero</i> DIRECTOR AVALA <i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR		

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.