



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Armando Calzada Arellano</i>		NIVEL: <i>17</i>	FECHA: <i>26/09/16</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72400</i> <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>1000</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Revisión de programas SICALIDAD el 26 de septiembre 2016 en Clínica de Consulta Externa Villa Guzman</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
	Km. FINAL	<i>✓</i>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>José Armando Calzada Arellano</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>E. Patricia Baca Bernal</i> DIRECTOR	
		<i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR	

RECEBIDO
26 SEP 2016

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