

><

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

NOMBRE DEL SOLICITANTE	ICOS PO	OR FON	IDO REV	OLVENTE	
The See Societizative	1	NIVEL	17		101/16
Fost Armed Chrody 1	Hirollan	RANGO		IMPORTE \$, are
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPC	CIÓN			1	() ·V
Subdimeeron de Provincia C	- Internation	1-4 7	2400		
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIÁJE, FECHA(S) Y	DESTINO	:11			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		11	Brote 1	Regional Nic	les Brano de 27/4/1
MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL PARTICULAR	Km. INICIAL		CONGASO	DN GASOLINA SIN GASOLINA	
	Km. FINAL		CONTOAS	JEINA	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SEL	LO DE LA UNID	September 1	DIRECTOR	ANDE	MINISTRADOR
\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\		e de la companya de l		U	50 000 002 / 12