

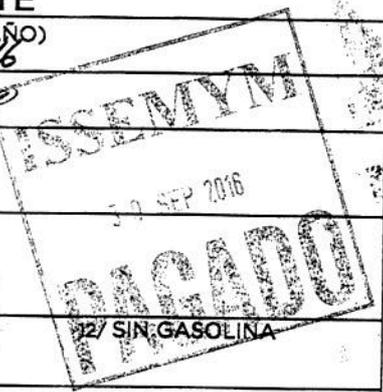


Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Coordinación de Finanzas



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i>		2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>13/09/16</i>
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado para recolectar documentos COASEP en H. R. Zumpango.</i>			
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/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		DIRECTOR (A)	
		ADMINISTRADOR (A)	



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