

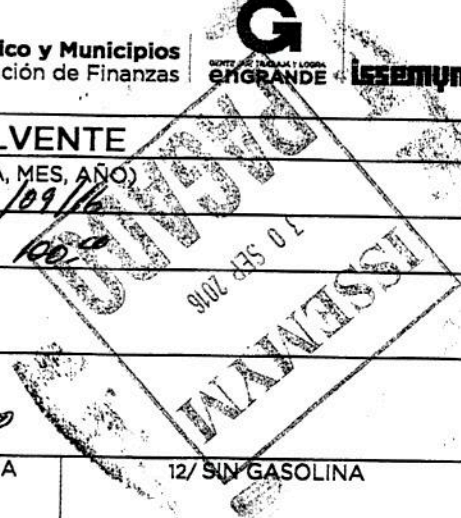


Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Coordinación de Finanzas



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

|  |  |                               |   |  |
|--|--|-------------------------------|---|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i>  |  | 2/ NIVEL:                     | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO)<br><i>12/09/16</i>             |  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><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):<br><i>Traslado para atender visita de supervisión en HR Toluca</i> |  |                               |   |  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR                   |  | 9/ Km. INICIAL:               | 11/ CON GASOLINA<br><input checked="" type="checkbox"/> | 12/ SIN GASOLINA<br><input type="checkbox"/> |
|  |  | 10/ Km. FINAL:                |   |  |
| 13/ EMPLEADO O REGISTRO<br><i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i><br>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA   |  | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br> |   | ADMINISTRADOR (A)                            |



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