

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



50 000 002/17

PAGO DE VIÁ	TICOS POF	RFO	NDO FIJO DE CA	ΔΙΛ	OKANDE EN THER SOUTH AND
I/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:		3/ FECHA:	
STHOUGH STOCKY CHORING		4/ RANGO:		5/ IMPORTE: \$	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADI 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y 1/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y	HLIDAO DESTINO (S)	i i i	b marker	м. 3.	livez i secil
☐ OFICIAL □ PARTICULAR	9/ Km. INICIAL		10/ CON GASOLINA		11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRÍCULA:	12/ Km. FINAL				W.
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
MANUAL VANCOR VANCOR SPECIFICS			iva Pada A	umic	Z Archer
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL S	SELLO DE LA UNIDAD	QUE VIS	ITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL R	REVERSO EN ORD	EN CONSECUTIVO.

×