



Instituto de Seguridad Social del Estado de
Mexico y Municipios
coordinacion de finanzas



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE	NIVEL:	FECHA:
<i>Luis Enrique Carrillo Benavente</i>	<i>73</i>	<i>30/ octubre / 2015</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:	RANGO:	IMPORTE:
<i>77300 Se. Subdireccion de Calidad</i>		<i>100.00</i>
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)		
<i>Revisar del Plan de Mejora Continua en el Hospital Regional Zumpango</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA
OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL:	SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION
<i>Luis Enrique Carrillo Benavente</i>		<i>Luz Arcelia Gutierrez Morales</i> <i>Subdirectora de Calidad</i>
<small>NOTA. TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</small>		