



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		NIVEL: <u>II</u>	FECHA: <u>30/09/2015</u>
<u>Fabiola Yazmin Sánchez Martínez</u>		RANGO:	IMPORTE \$ <u>100</u>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <u>71201</u>			
<u>Departamento de Procedimientos Médicos</u>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <u>Apoyo en la revisión de Manuales de Procedimientos en el Hospital Regional Zumpango.</u>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<u>Fabiola Yazmin Sánchez Martínez</u>		<u>Rafael G. Torres López</u> 30 SEP 2015	
		ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

X