



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Armando Calzada Arellano</i>		NIVEL: <i>II</i>	FECHA: <i>21/09/15</i>		
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000 Dirección de desarrollo y calidad</i>		RANGO:	IMPORTE \$ <i>100.00</i>		
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>levantamiento de encuestas trato digno en Hospital Regional Tlaxcapotla</i>					
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA	
		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>José Armando Calzada Arellano</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Itza Daniela Abolfo Meléndez</i> DIRECTOR <i>de desarrollo y calidad</i>			ADMINISTRADOR
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					