

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

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE			
1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	2/ NIVEL:	3/ FECHA (DÍA, MES	
Falado Youmin Scinchez Mtz 6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMI	4/RANGO: 7	5/IMPORTE: \$	100.
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Coadinguai de Innovación y calidad			
7/ JUSTIFICACION, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): TVODICOLO KEUN CO DE TVODOS			
7/JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Troplado a Keunian de Trabaja con actoridades del estado de mex. en el Hospital Reg.			
Zomanan (sin sella).			
	/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
OFICIAL PARTICULAR 1	0/ Km. FINAL:	1/	PARCE SAMPLE AND ADDRESS OF THE COLUMN AS A PARCE OF THE COLUMN AS A PA
			į
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA D	EAUTORIZACION
Charles Control of the Control of th			
1 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
1 0 AGO 2016			
Falada Torenin Johchez Matrines Lavo Fodo Romine			
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A)			
		Dec Paharon	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			

50 000 002/15