

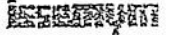


GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

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



ENGRANDE



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Alicia Pérez Alfaro</i>	NIVEL <i>II</i>	FECHA <i>11/09/15</i>
	RANGO	IMPORTE \$ <i>100.00</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN  
*Departamento de Evaluación de Procesos*

JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))  
*Asesoría y revisión de manuales de procedimientos médicos en la clínica de consulta externa Hlalncpan*

MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL <input checked="" type="radio"/> PARTICULAR <input type="radio"/>	Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
	Km. FINAL		

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Alicia Pérez Alfaro</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
	GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA <b>ENGRANDE</b> <i>Rafael Guillermo López</i>	ADMINISTRADOR
	DIRECTOR <i>Secretario Particular de la CC</i>	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL RÉVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.