

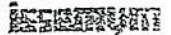


GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

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



ENGRANDE



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO RÉVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Mrs Enrique Camillo Reinos</i>	NIVEL <i>II</i>	FECHA <i>1/09/15</i>
	RANGO	IMPORTE \$ <i>100</i>

UNIDAD MÉDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN  
*Dirección de Desarrollo y Calidad*

JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))  
*Revisión del Plan de Mejora Continua 2015 en la Clínica Parzetti para Taluquahu*

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>Mrs Enrique Camillo Reinos</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA <b>ENGRANDE</b> <i>Hector Luis Salazar</i> DIRECTOR ADMINISTRADOR
-----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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