

CPE 1



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>10-JUN-2015</i>	
		RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$ <i>100.00</i>	
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>				
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia al Hospital Regional Tenancingo por apoyo logístico en la Reunión Regional de Calidad.</i>				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		Km. INICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. FINAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Nicolasa Molina Estrada</i>		<i>[Signature]</i> DIRECTOR		
		ADMINISTRADOR		

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

19 JUN 2015