



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Stephany Guadalupe Agredano Garcia</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>27-03-15</i>
	RANGO:	IMPORTE \$ <i>127</i>

UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: *72060*
Dirección de Desarrollo y Calidad

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Acudi al Hospital Regional Valle de Bravo por apoyo a la impartición del Taller del "Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones"

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

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Stephany Gpe Agredano Garcia</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Jorge Guillermo Pérez Cuevas</i> DIRECTOR ADMINISTRADOR <i>Director de Desarrollo y Calidad</i>
--	---

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

