

X



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | | | |
|--|--|---------------------|---|------------------|---|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i> | | 2/ NIVEL: <i>23</i> | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>18-01-2017</i> | | |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad</i> | | 4/ RANGO: <i>4</i> | 5/ IMPORTE: \$ <i>100.-</i> | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Visita de Supervisión de programas de Calidad a la Clínica Hospital Regional Tenancingo</i> | | | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL: | 11/ CON GASOLINA <i>X</i> | 12/ SIN GASOLINA | |
| | | 10/ Km. FINAL: | | | |
| 13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Jorge Antonio Ramirez Nava</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA | | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> DIRECTOR (A) | | <i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR (A) |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ RECIBIDO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | | | |

ISSEMYM
18 ENE 2017
PAGADO

50 000 002/15