



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>José Manuel Francisco Martínez</i>	NIVEL:	FECHA:
	RANGO:	IMPORTE \$
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:	<i>6</i>	<i>25 / 01 / 17</i>
	<i>2</i>	<i>100</i>

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)
Coordinación de Innovación y Calidad
Tribunales de la C (Coordinadora de Innovación y Calidad) a la Ciudad de Villa Victoria (con sello).

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

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>José Manuel Francisco Martínez</i>	<i>[Signature]</i> DIRECTOR	<i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR

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