



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: <i>6</i>	FECHA: <i>30/01/17</i>
	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$ <i>100</i>

UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Coordinación de Innovación y Calidad

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) *Traslado de la C. Coordinadora de Innovación y Calidad al Hospital Regional Valle de Uruao (sin sello).*

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	FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>José Manuel Francisco Martínez</i>	<i>Laura Paola Ramírez Araya</i> DIRECTOR	<i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR

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