




GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

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>Luis Ramiro Plata Domínguez</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>05/08/16</i>	
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000</i> <i>Dirección de Calidad</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado para atender reunión de trabajo con personal de salud en H.R. Zumpango.</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:	<i>X</i>	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		 DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A)		

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