



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:

*Luis Ramiro Plata Domínguez*

2/ NIVEL: *17*

3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO)  
*11/08/16*

4/ RANGO: *2*

5/ IMPORTE: \$ *100.00*

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: *72000*  
*Dirección de Calidad*

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):

*Trabajo con Sec. de Salud en H.R. Zumpango. Traslado para reunión de*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL  PARTICULAR

9/ Km. INICIAL:

11/ CON GASOLINA

12/ SIN GASOLINA

10/ Km. FINAL:

*X*

13/ EMPLEADO QUE RECIBE

*Luis Ramiro Plata Domínguez*  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

*[Signature]*  
DIRECTOR (A)

11 AGO 2016

ADMINISTRADOR (A)

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

50 000 002/15