



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

Beatriz Rubio Reyes

2/ NIVEL: 17

3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 21/07/2016

4/ RANGO: 2

5/ IMPORTE: \$ 100.00

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

Subdirección de Proyectos Estratégicos

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

Visita de Verificación de Programas de Calidad.

INDICAR II
MÉDICO
PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES
DE LA SALUD:
11/ CON GASOLINA
12/ SIN GASOLINA

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL PARTICULAR

9/ Km. INICIAL:

11/ CON GASOLINA

10/ Km. FINAL:

X

13/ EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

ISSEMYM

Beatriz Rubio Reyes
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

E. Patricia Baca Bernal
DIRECTOR (A) ADMINISTRADOR (A)

PAGO

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