

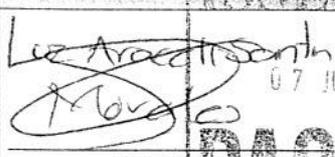
8x



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>7-Jul-2016</i>
		RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$ <i>300-</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>			
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa y San Felipe del Progreso a revisión y seguimiento del COCASEP, AVAL Ciudadano y SUG</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:	Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	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>Nicolasa Molina Estrada</i>		 07 JUL 2016 <b>PAGADO</b> DIRECTOR ADMINISTRADOR	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			