



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>Cynthia Anne de la Cruz Hernández</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>27/11/15</i>	
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100⁰⁰</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71201 Departamento de Procedimientos Médicos</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado a Reunión de Trabajo con Autoridad del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nextlalpan (Sin Sello)</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
		10/ Km. FINAL:	<i>X</i>	
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 <i>Cynthia Anne de la Cruz Hernández</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			 <i>Rafael G. Torres López</i> Secretario Particular de la CIC DIRECTOR (A)	
ADMINISTRADOR (A)				
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				