



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 Annie de la Cruz Hernández</i> | 2/ NIVEL: <i>11</i> | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>30/11/15</i> |
| | 4/ RANGO: | 5/ IMPORTE: \$ <i>100</i> |

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
71202 Departamento de Procedimientos Administrativos

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):
Traslado a Reunión de Trabajo con Autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Nextlalpan

| | | | |
|--|-----------------|------------------|------------------|
| 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 <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Isabella Fomel 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.