



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>Stephany Guadalupe Agredano García</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>25/11/15</i>		
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>72000 Dirección de Desarrollo y Calidad</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado a reunión de trabajo con Autoridades del Gobierno del Estado de México y del Municipio de Mexhtlalpan (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:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Stephany Guadalupe Agredano García</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			 <i>Rafael Guillermo Torres Lopez</i> Secretario Particular de la C.F. DIRECTOR (A)		
			ADMINISTRADOR (A)		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					