



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>Luis Enrique Carrillo Romero</i>		2/ NIVEL: <i>23</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>23/Noviembre/2015</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad</i>		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100 00</i>		
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Revisión del Plan de mejora Continua 2015 en el Hospital Regional Atzacaco</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Luis Enrique Carrillo Romero</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Araceli Santin Morales</i> DIRECTOR (A) <i>Subdirectora de Calidad</i> ADMINISTRADOR (A)		

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

