



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>Alicia Pérez Alfaro</i>		2/ NIVEL: <i>II</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>29/12/2015</i>		
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>100⁰⁰</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>71000 Dirección de Mejoramiento de Procesos</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Traslado a Reunión de trabajo en la ciudad de Nextlalpan con autoridades del gobierno del estado de México y del Municipio</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			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Alicia Pérez Alfaro</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			<i>Rafael Guillermo Torres Lopez</i> Secretario Particular 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.					