

482



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Coordinación de Finanzas



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA  
ENGRANDE

Issemym

### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

|                                                                                        |  |                                                                                                                          |                           |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:                                                    |  | 2/ NIVEL:                                                                                                                | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): |                  |
| Fabiola Yazmin Sánchez mtz                                                             |  |                                                                                                                          | 6 - Nov - 2015            |                  |
| 4/ RANGO:                                                                              |  | 5/ IMPORTE: \$                                                                                                           |                           |                  |
|                                                                                        |  | 100                                                                                                                      |                           |                  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:                |  |                                                                                                                          |                           |                  |
| Coordinación de Innovación y Calidad                                                   |  |                                                                                                                          |                           |                  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):                          |  |                                                                                                                          |                           |                  |
| Apoyo en la revisión de Manuales de Procedimientos en el Hospital Regional Tlaxtecanía |  |                                                                                                                          |                           |                  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:                                                            |  | 9/ Km. INICIAL:                                                                                                          | 11/ CON GASOLINA          | 12/ SIN GASOLINA |
| <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR                   |  | 10/ Km. FINAL:                                                                                                           |                           |                  |
| 13/ EMPLEADO QUE RECIBE                                                                |  | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN                                                                                                |                           |                  |
| Fabiola Yazmin Sánchez Martínez<br>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA                             |  | Rafael G. Torres López<br>Fabiola Yazmin Sánchez<br>DIRECTOR (A)<br>Secretario Particular de la CIC<br>ADMINISTRADOR (A) |                           |                  |

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