



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

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



ENGRANDE **Issemym**

### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

|                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|-------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE:                                                                                                                                                                                                                              |  | NIVEL: 11                                                       | FECHA: 15/10/15   |
| Cynthia Annie de la Cruz Hernández                                                                                                                                                                                                                   |  | RANGO:                                                          | IMPORTE \$ 100.00 |
| UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                 |                   |
| 72000 Dirección de Desarrollo y Calidad                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                 |                   |
| JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)<br>Asistir al Foro Nacional Interinstitucional por la Calidad en Salud "De las políticas hacia la construcción de un Marco Regulatorio y de Gestión de la Calidad, Cd. de México (sin sello) |  |                                                                 |                   |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE:                                                                                                                                                                                                                             |  | Km. INICIAL                                                     | CON GASOLINA      |
| <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR                                                                                                                                                                      |  | Km. FINAL                                                       | SIN GASOLINA      |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 | X                 |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE                                                                                                                                                                                                      |  | FIRMA DE AUTORIZACIÓN                                           |                   |
| Cynthia Annie de la Cruz Hernández                                                                                                                                                                                                                   |  | Rafael G. Torres<br>Secretario Particular de la CIC<br>DIRECTOR |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ADMINISTRADOR                                                   |                   |

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

50 000 002/13

X