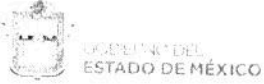


X



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>15 Oct 15</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección de Desarrollo y Calidad</i>		RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$: <i>300</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia al foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud en la Ciudad de México sin sello</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> SIN GASOLINA
		Km. FINAL	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>ITZHA BEY ADOLFO MALDONADO Tresillo</i> DIRECTOR ADMINISTRADOR <i>De Desarrollo y Calidad</i>	

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