



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | | | |
|---|--|---------------------|--|------------------|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Fabiola Yazmin Sánchez Martínez | | 2/ NIVEL: 11 | 3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 23-06-2016 | | |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación y Calidad | | 4/ RANGO: 2 | 5/ IMPORTE: \$ 100 | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Traslado a capacitación en las instalaciones del consejo de Salubridad General en la Ciudad de México (sin cello) | | | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL: | 11/ CON GASOLINA | 12/ SIN GASOLINA | |
| | | 10/ Km. FINAL: | | | |
| 13/ EMPLEADO QUE RECIBE Fabiola Yazmin Sánchez Martínez NOMBRE COMPLETO Y FIRMA | | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Laura Pardo DIRECTOR(A) ADMINISTRADOR (A) Sec. Particular | | |



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