

Justificación: *Supervisión y levantamiento de necesidades en la clínica regional Ixtapa - Local*

Importe:

I. S. S. E. M. Y. M.  
DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO  
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION  
NOMBRE: *Armas Juan Varden*  
CARGO: *Sen d abn*  
FIRMA: *[Signature]*  
FECHA DE RECEPCION: *7 MAR 2017*

**issemym**

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Dirección de Finanzas y Palaneación  
Subdirección de Finanzas-Departamento de Control del Egreso

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE		FECHA: <i>7 MAR 2017</i>
<i>Armas Juan Varden N-23</i>		IMPORTE \$ <i>130.00</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO</i>		
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE FECHA(S) Y DESTINO(S)) <i>SUPERVISION Y LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES EN CLINICA REGIONAL IXTAPA</i> Gobierno del Estado de México DOCUMENTAL REVISADO Y COTEJADO EN ORIGINAL ANALISTA: JUAN CARLOS DÍAZ MAR 2017 DEPTO. DE MANTENIMIENTO ISSEM YM		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		MODALIDAD DEL TRANSPORTE <i>particular sin salario</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Armas Juan Varden</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> NICOLAS BENITO CAREAGA CHANTES	