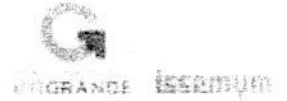




* 13 SEP 2017 *
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios



PAGADO
SUBDIRECCIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE	2/ NIVEL ^{203F}	3/ FECHA ⁶¹²⁰⁰
Ruth Areli Contreras Ramirez	4	13 de Septiembre del 2017
	4/ RANGO	5/ IMPORTE \$
	2	150

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
 Departamento de Adquisiciones. Sin sello

7/ JUSTIFICACION, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
 Capacitación. Reunión de Trabajo sobre compras consolidadas.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE	9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	136890	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12/ No. DE MATRICULA	12/ Km. FINAL		
MDN5170	137029		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	14/ FIRMA DE AUTORIZACION
Ruth Areli Contreras Ramirez	Miguel Angel Derriva Lopez

NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

X

50/00