

Kms:	Inicial:	Final:
Importes:	Viatico: <input checked="" type="checkbox"/>	Casetas:
Observaciones: <i>Visita a las Unidades Médicas siguientes: Clínicas de: Consulta Externa Chalco, Ozumba, Regional Amecameca y Hospital Regional Valle de Chalco Solidaridad, para llevar a cabo la Verificación de Terminación de los trabajos bajo contrato.</i>		

Placas: ~~Importe: \$130,00~~

I. S. S. E. M. Y. M.

DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO DE BIENES Y/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION

NOMBRE: *Lucano Prios Herrera*

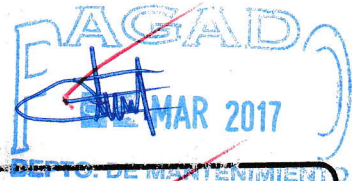
CARGO: *Supervisor*

FIRMA: *[Firma]*

FECHA DE RECEPCION: *24/Enero/2017*



Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
 Coordinación de Finanzas
 Subdirección de Finanzas.- Control de Pagos



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE	FECHA	<i>24/Enero/2017</i>
<i>Lucano Prios Herrera</i>	<i>11.5.21</i>	IMPORTE <i>\$130,00</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION <i>Departamento de Conservación y Mantenimiento de Bienes Muebles e Inmuebles.</i>		
JUSTIFICACION [MOTIVOS DEL VIAJE FECHA(S) Y DESTINO(S)] <i>Visita a las Unidades Médicas siguientes: Hospital Regional Valle de Chalco Solidaridad, Clínicas de Consulta Externa Chalco, Ozumba y Regional Amecameca, para llevar a cabo la Verificación de Terminación de los trabajos bajo contrato c/o 016/2016</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		MODALIDAD DEL TRANSPORTE <i>Vehículo Particular</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>[Firma]</i> <i>Lucano Prios Herrera</i>	<i>[Firma]</i> <i>Nicolás Benito Careaga Chante</i>	