

| | | |
|--|----------|--------|
| Kms: | Inicial: | Final: |
| Observaciones: <i>Visita a las Unidades Médicas Hospital Regional Valle de Chalco Solidaridad, Clínicas Cons Externa Chalco, Ozumba y Regional Amecameca para llevar a cabo la Recepción - Entrega</i> | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Sello:

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

DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN.

NOMBRE: *Lucano Priot Herrera*

CARGO: *Supervisor*

FIRMA: *[Firma]*

FECHA DE RECEPCIÓN: *31/Ene/17*



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

PAGADO
 MAR 2017
 DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO
 ISSSEMYM

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | |
|---|---|--|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE | FECHA | <i>31/Ene/17</i> |
| <i>Lucano Priot Herrera</i> | N.º 21 | 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 de Hospital Regional Valle de Chalco Solidaridad, Clínicas consulta Externa Chalco, Ozumba y Regional Amecameca para llevar a cabo el evento de Recepción - Entrega</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 Priot Herrera</i> | <i>[Firma]</i> <i>Nicolás Benito Careaga Chantes</i> | |