

KM INICIAL : _____

KM FINAL : _____

\$ 130.00

• COMPROBANTES

I. S. S. E. M. Y. M.
DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION.
NOMBRE: Salvador Carrillo Altamirano



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

PAGADO
MAR 2017

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		FECHA	<u>25/Enero/2017</u>
<u>Salvador Carrillo Altamirano</u>		IMPORTE	<u>\$ 130.00</u>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION			
<u>Subdirección de Obras y Mantenimiento</u>			
JUSTIFICACION [MOTIVOS DEL VIAJE FECHA(S) Y DESTINO(S)]			
<u>Se realizo la visita a la Clinica de Consulta Externa Chimalhuacan con el fin de supervisar los trabajos de mantenimiento.</u>			
NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		MODALIDAD DEL TRANSPORTE	
		<u>Particular</u>	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<u>Salvador Carrillo Altamirano</u>		<u>Ing. Nicolas Benito Careaga Chantes</u>	