

• COMPROBANTES

VISITA AL CENTRO MEDICO ECATEPEC PARA LEVANTAMIENTO Y



Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Coordinación de Finanzas



| PAGO DE VIATICO POR FONDO FIJO DE CAJA | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: | | 2/ NIVEL: | 3/ FECHA: |
| CRISTOPHER BADILO CARRERON | | 23 | 01/Oct/17 |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN | | 4/ RANGO: | 5/ IMPORTE: \$ |
| SUBDIRECCIÓN DE OBRAS Y MANTENIMIENTO | | 2 | 130.00 |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): | | | |
| VISITA AL CENTRO MEDICO ECATEPEC PARA LEVANTAMIENTO Y SUPERVISION DE EQUIPOS ELECTROMECAVICOS | | | |
| 8/ MODALIDAD DEL TRANSPORTE: | | 9/ Km. INICIAL: | 10/ CON GASOLINA |
| <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR | | | |
| No. DE MATRICULA | | 12/ Km. FINAL: | 11/ SIN GASOLINA |
| | | | X |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN | |
| CRISTOPHER BADILO CARRERON | | ING NICOLAS BENITO CABEZA CHANTEZ | |

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