

# COMPROBANTES


REVISIÓN DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS EN EL CENTRO MÉDICO ECATEPEC (HEMODIALISIS) CON EL OSFEM, AUDITORIA



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



issemym

|  |  |   |   |                       |
|--|--|---|---|-----------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:  |  | 2/ NIVEL: 18  |   | 3/ FECHA: 09/NOV/2017 |
| ALEJANDRO DEL VALLE CARRANZA   |  | 4/ RANGO: 2   |   | 5/ IMPORTE: \$ 130.00 |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN                       |  |   |   |                       |
| DEPARTAMENTO DE PROYECTOS Y OBRAS  |  |   |   |                       |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):                              |  |   |   |                       |
| REVISIÓN DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS EN EL CENTRO MÉDICO ECATEPEC, CON EL OSFEM (AUDITORIA) |  |   |   |                       |
| 8/ MODALIDAD DEL TRANSPORTE:   |  | 9/ Km. INICIAL:   | 10/ CON GASOLINA  | 11/ SIN GASOLINA      |
| <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR            |  | _____   | _____   | X                     |
| No. DE MATRICULA   |  | 12/ Km. FINAL:  | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN   |                       |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:                                       |  | _____   | <br>ARQ. ADOLFO VELASCO REYES. |                       |
| ALEJANDRO DEL VALLE CARRANZA   |  | NOTA: TERMINANDO LA COMISIÓN DEBERÁ, OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO |   |                       |