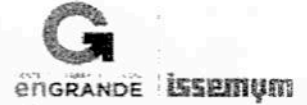


por razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

Leído que fue a las partes el presente convenio y enteradas de su contenido y alcance legal, lo firman al margen y al calce en la Ciudad de Toluca, Estado de México, a TRES DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE



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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Hugo Morales Jaramillo | | 2/ NIVEL: 08 | 3/ FECHA: 13-11-2017 |
| | | 4/ RANGO: 1 | 5/ IMPORTE: \$ 130 |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Subdirección de Obras y Mantenimiento | | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Gira de trabajo clínica Atizapan de Zaragoza (Obia nueva) | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | 9/ Km. INICIAL 87070 | 10/ CON GASOLINA | 11/ SIN GASOLINA |
| No. DE MATRICULA: UTH 1680 | 12/ Km. FINAL 87226 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Hugo Morales Jaramillo | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Arg. Korina Morales Alvarez | |

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.