

390.00



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:
Nauelly Benitez Reyes		18	09/Nov/2017
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$
Dpto de Proyectos y Obras		2	\$ 130.00
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):			
Reunion de los trabajos ejecutados en el centro medico Ecatepec, con el Osfem (Auditoria)			
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	
 Nauelly Benitez Reyes		 ARQ. ADOLFO VELASCO REYES	

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

50 00 002/17

ALEJANDRO DEL VALLE CARRANZA		 ARQ. ADOLFO VELASCO REYES.	
------------------------------	--	--------------------------------	--

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

50 00 002/17