

\$ 260.<sup>00</sup>

# COMPROBANTES

## SUPERVISIÓN DE LOS TRABAJOS DE



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

### PAGO DE VIATICO POR FONDO FLUJO DE CAJA

|   |                                  |  |  |
|---|----------------------------------|--|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Raúl David Martínez Zoriviana</i>   |                                  | 2/ NIVEL:<br><i>18</i>   | 3/ FECHA:<br><i>03/ Octubre / 2017</i>       |
|   |                                  | 4/ RANGO:<br><i>2</i>  | 5/ IMPORTE: \$<br><i>130<sup>00</sup></i>    |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><i>Departamento de Proyectos y Obras</i>                                 |                                  |  |  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):<br><i>Supervisión de Trabajos en la Clínica de Consulta externa Ecatepec Norte.</i> |                                  |  |  |
| 8/ MODALIDAD DEL TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR                                   | 9/ Km. INICIAL:<br><i>312465</i> | 10/ CON GASOLINA<br><input checked="" type="checkbox"/>  | 11/ SIN GASOLINA<br><input type="checkbox"/> |
| No. DE MATRICULA <i>LPF6063</i>   | 12/ Km. FINAL:<br><i>312727</i>  |  |  |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:<br><i>Raúl David Martínez Zoriviana</i>  |                                  | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:<br><i>Adolfo Velasco Reyes</i><br>ADOLFO VELASCO REYES<br>ING. NICOLAS BENITO CAREAGA CHANTES |  |

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

50 00 002/17

FECHA DE RECEPCIÓN: *3/10/2017*