



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

issemym

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	2/NI	VEL:	10	3/FECHA: 03/	10/2017
Jamo Antonio Vazarez Vázarez 4/1		ANGO:	2	5/IMPORTE: \$	1000
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:					
Departamento de Evaluación y Supervisión					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Se acude a realizar la supervisión de la Clinica de Consulta Exteria Extapaluca					
supervisión de la Clínica de Consulta Exteria Extapaluca					
con motivo del proceso de acreditación					
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE:	9/Km. INICIAL 225700		L 10/CON GASOLINA	11/CIN	11/SIN GASOLINA
▼ OFICIAL			10/CON GASOLINA	11/3114	nysik oasoena
No. DE MATRÍCULA	12/Km. FINAL				
MEV-3211	225824		1 ×		
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
			Ramon Luis Barrete (ruz		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO					