



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

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

ISSINUA

### PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante <i>Rocio Salinas Rafael</i>	Nivel <i>4</i>	Fecha <i>2-feb-17</i>
---	-------------------	--------------------------

Unidad Médico – Administrativa de Adscripción <i>Departamento de Atención en Enfermería</i>	Importe: <i>\$ 1000.00</i>
--	-------------------------------

Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)).

**PAGADO**

*Supervisión programada primer nivel de enfermería (M. Aculco)*

Modalidad de transporte: Transporte Público <input type="checkbox"/> Vehículo oficial <input checked="" type="checkbox"/> Vehículo propio <input type="checkbox"/>	Gasolina <input checked="" type="checkbox"/> <b>Con</b> <input type="checkbox"/> Sin
---	---

Nombre y firma del empleado que recibe  <i>Rocio Salinas Rafael</i>	Firma de autorización  <i>Uc. Inf. Gabriela Martínez Zepeda</i>
---	---

Nota: terminada la comisión deberá obtener el sello de la Unidad que visitó registrando estos al reverso y en orden consecutivo.