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:		
THOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	2/NIVEL: 4	3/FECHA: 5/12/17
		0.01/2011
Enf. Karen Estrada Vargas	4/RANGO: 2	5/IMPORTE: \$ 140°°
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)		
CONTRACTOR OF THE STATE OF THE		
Supervisión de Enfermería Hospital Regional Malnelpantla		
Manager and American State of the Control of the Co	Y are raised a constant.	AND COMPANY OF STATE
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: 9/KM. INICIAL:	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
OFICIAL N PARTICULAR	10/CON GASOLINA.	II/SIN GASOLINA.
/ IZ/KM. FINAL:	AMA / Sections	Mament III. Sadara
NO. DE MATRÍCULA:	Waller Committee	1371860
	101	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
The state of the s		
Kan Fatrada Varges Waich relada Di Ofia Martinez Zegeda		
Ent. Maren College		
	1	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		
TO SELECTION OF THE SELECTION OF THE SELECTION AND ASSESSMENT OF THE SELECTION OF THE SELEC		
XXIII	A Commence was a series and the	50 000 002/17
inf. Karen Estrada Varges NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA	A A	Martinez Zepeda
AVV		50 000 002/17