



ESTADO DE MEXICO

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



ISSSEM

798

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|--|--|---------------------------|------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE | | 2/ NIVEL | 3/ FECHA |
| Edmundo Pobles Esquivel | | 22 | 23 Nov 17 |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: | | 4/ RANGO | 5/ IMPORTE \$ |
| C. A. M. U. | | 2 | 127 |
| 7/ JUSTIFICACIÓN MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) | | | |
| Supervisión de servicios subrogados | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE | | 9/ Km. INICIAL | 10/ CON GASOLINA |
| <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR | | | 11/ SIN GASOLINA |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE | | 12/ Km. FINAL | |
| Edmundo Pobles Esquivel | | | |
| | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN | |
| | | Gabriela González | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO | | | |

X



* 23 NOV 2017 *

PAGADO
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
"ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ"

| | |
|--|-------------------------|
| I. S. S. E. M. Y. M. | |
| CLINICA CONSULTA ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ | |
| RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION. | |
| NOMBRE: | Edmundo Pobles Esquivel |
| CARGO: | Jefe de Servicios |
| FIRMA: | |
| FECHA DE RECEPCIÓN: | 23 Nov 17 |

Dr. Gustavo D. Barco Flores

3751.- traslado por supervisión de servicios subrogados
 Unidad: 34301
 Pago: 0302010101
 meta: 16
 descripción del pago: Atención médica ambulatoria