



Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipi  
 Coordinación de Finanzas  
 Subdirección Tesorería  
 Departamento de Control de Pagos



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Ivan Mejia Alcantara</i>		FECHA: <i>2/02/2017</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Subdireccion de Personal</i>		IMPORTE \$ <i>100.08</i>
JUSTIFICACION (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)) <i>Capacitacion del enrdamiento de la huella digital al nuevo sistema del control de asistencia</i>		NIVEL: <i>5</i> RANGO: <i>2</i>
MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL	CON GASOLINA	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Ivan Mejia Alcantara</i>	FIRMA DE AUTORIZACION <i>Socell Sanchez Serrano</i>	

**PAGADO**

NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO Y EN ORDEN CONSECUTIVO.