



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



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE			
NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>HERNANDEZ BELTRAN LEONARDO</b>		FECHA: <b>10/02/2017</b>	
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <b>DIRECCION DE ADMINISTRACION Y DES. DE PERSONAL</b>		IMPORTE \$ <b>160.08</b>	
JUSTIFICACION (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S))		NIVEL: <b>17</b> RANGO: <b>2</b>	
<b>CAPACITACION DEL ENROLAMIENTO DE LA HUELLA DIGITAL. AL NUEVO SISTEMA DEL CONTROL DE ASISTENCIA.</b>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL		CON GASOLINA	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
<b>HERNANDEZ BELTRAN LEONARDO</b> 		<b>LIC. VERÓNICA DÍAZ RAMÍREZ.</b> 	

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

