



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de Mexico y Municipios coordinacion de finanzas



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>11/Nov/15</i>
	RANGO:	IMPORTE: <i>100</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>71001 Departamento de Evaluación de Procesos</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Asistir al Hospital Regional Zumpango para evaluación de procedimientos</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. INIC:	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
PARTICULAR:	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  <i>Cynthia Annie de la Cruz Hernández</i>	FIRMA DE AUTORIZACION  <i>Rafael Guillermo Torres López</i> Secretario Particular de la CIC	

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