



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



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Alicia Pérez Alfaro</i>	NIVEL: <i>11</i>	FECHA: <i>12/Nov/2015</i>
	RANGO:	IMPORTE: <i>\$100</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>71201 Departamento de Procedimientos Medicos</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Asistencia al Hospital Regional de Zumpango para recabar informacion para realizacion de procedimientos</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <i>X</i>	Km. INIC:	CON GASOLINA <i>X</i>
PARTICULAR:	Km. FINAL:	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Alicia Pérez Alfaro</i>	FIRMA DE AUTORIZACION <i>Rafael Guillermo Torres Lopez</i> <i>Secretario Particular CIC</i>	

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