



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

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



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 17
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:		FECHA: 30/10/15
72000 Direccion de Desarrollo y Calidad		RANGO:
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)		IMPORTE: \$100
Asistencia programa indicas en Hospital Regional Zumpango el 30/10/15		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA
OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL:	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION
Jose Armando Calzada Arellano		Italo Ramon Abilio Maldonado Trujillo Director de Desarrollo y Calidad

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