



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>05/Nov/2015</i>
		RANGO:
		IMPORTE: <i>\$100</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>71201 Departamento de Procedimientos Médicos</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Asistencia al Hospital Regional de Zumpango para recabar información para realización de procedimientos</i>		
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
<i>Alicia Pérez Alfaro</i>		<i>Jimenez Diaz Elizabeth</i> <i>Jimenez</i>
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		