

## Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Finanzas



| PAGO DE VIÁTICOS   | 000 =0           |                  |                       |                     |
|--|------------------|------------------|-----------------------|---------------------|
| PAGO DE VIÁTICOS  NOMBRE DEL SOLICITANTE                     | POR FO           | NDO REV          | OI VENTE              |                     |
| OCICITAINTE  | NIVEL            | 0)               | FECUL                 |                     |
|  |                  | 8                | FECHA                 | 10/11               |
| Santa (11)   | RANGO            |                  | 0 8                   | 0/04//6             |
| UNIDAD MÉDICO ADMINISTRA GONZOLE                             | >   KANGO        | 7 1              | IMPORTE \$            | 1 . (               |
| UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN                | <u> </u>         |                  |                       | 166                 |
| 41   |                  |                  |                       | 740:                |
| HISTERION GENERAL  |                  |                  | 5                     | PAGADO 0 6 SEP      |
| JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTIN          |                  |                  | *                     | TO UU DEP           |
| DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTIN                                 | (O(S))           | , ,              |                       |                     |
| Traslada de Personal al Ho                                   | 2001             | Region           | . /                   | /                   |
| 1. 1. 30. 20 41 //6  | Shiles           | region           | $\omega' = \sigma'_i$ | Cholco              |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE:                                     |                  |                  |                       |                     |
| OFICIAL OF CARTE   | INICIAL          | F                |                       |                     |
| ANTICOLARI   |                  | CONGASO          | AME                   | SIN GASOLINA        |
| NOMBER V. FIR.   | FINAL            |                  |                       | SIN GASOLINA        |
| NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE                       | T                |                  |                       |                     |
| //   |                  | FIRM             | A DE AUTORIZA         | CIÓN                |
| O(i)   |                  |                  | VI. 1                 |                     |
|  |                  |                  | A B                   |                     |
|  | 6                | CIN/             | ANDE                  |                     |
| Sail ( 1 )   | 1                | 2 2 2            |                       |                     |
| Davido konzálrz  |                  | L V              |                       |                     |
|  | - 124-           | 3nd PAGE         | 11000                 | GARTALES            |
|  |                  | DIRECTOR         |                       |                     |
| NOTA: TECHNIA PA   |                  | W.               | A                     | DMINISTRADOR        |
| TENTINADA LA COMISION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA LI      | NIDAD OTTEN      | 1                |                       |                     |
| NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA U | WINDER GOE VISIT | O. REGISTRANDO E | TOS AL REVERSO EN     | N ORDEN CONSECUTIVO |
|  |                  |                  |                       | CONSECUTIVO.        |
|  |                  |                  |                       |                     |

50 000 002 / 12