



| <b>PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE</b>  |  |  |
|---|--|--|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE<br><b>JONATHAN MARLON GARCÍA CHANOCUA</b>  | NIVEL: <b>12</b><br>RANGO: <b>2</b>                  | FECHA: <b>09/02/17</b><br>IMPORTE: <b>\$ 212,00</b>                  |
| UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN<br><b>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD</b>  |  |  |
| JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))<br><b>SE ASISTIÓ AL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL A TRASLADO DE LA DRA. ROSA MARTHA MEDINA PEÑALOZA DIRECTORA DE ATENCIÓN A LA SALUD</b> |  |  |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE   |  | GASOLINA:  |
| TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>   | VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> | VEHÍCULO PROPIO <input type="checkbox"/>                             |
|   |  | Con <input checked="" type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  | FIRMA DE AUTORIZACIÓN                                |  |
| <br><b>JONATHAN MARLON GARCÍA CHANOCUA</b>  | <br><b>DRA. ROSA MARTHA MEDINA PEÑALOZA</b>          |  |
| <b>PAGADO</b>   |  |  |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO  |  |  |

ubicado en 21 de Marzo #101 esquina con Ezequiel Ordonez a las 09:00 horas.

Sin otro particular, reitero a usted la seguridad de mi distinguida consideración.

**ATENTAMENTE**

**ROSA MARTHA MEDINA PEÑALOZA**  
**DIRECTORA DE ATENCIÓN A LA SALUD**

c.c.p. Consecutivo  
 RMMP/JMGC

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS**