



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

Gobierno del Estado de México

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



## PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante

*Benjamin Garduño Gonzalez*

Nivel

*11*

Fecha

*8-feb-17*

Unidad Médico – Administrativa de Adscripción

*Departamento de Atención en Enfermería*

Importe:

*\$ 106<sup>00</sup>*

Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)).

*Traslado de personal de enfermería al Consultorio Médico de  
Temascalcingo a supervisión*

**PAGADO**

Modalidad de transporte:

Transporte Público

Vehículo oficial

Vehículo propio

Gasolina

Con

Sin

Nombre y firma del empleado que recibe

*BG*

*Benjamin Garduño Gonzalez*

Firma de autorización

*[Signature]*

*lic. Gloria Martínez Espada*

Nota: terminada la comisión deberá obtener el sello de la Unidad que visitó registrando estos al reverso y en orden consecutivo.