

PAGADO
8 ABR 2015

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



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

NIVEL 8
RANGO 2
FECHA 8/04/15
IMPORTE \$ 100.00

Nombre: *Galindo González*
CATEGORÍA ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAUSACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S))
Personal a la Clínica de Consulta y Examen de Tlaxiaco

Km. INICIAL
Kilómetros
Km. FINAL

[Handwritten signature]

SIN GASOLINA

MODALIDAD DE TRANSPORTE:
OFICIAL PARTICULAR

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE
[Handwritten signature]

GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA

ENGRANDE

[Handwritten signature]
DIRECTOR

ADMINISTRADOR

AL TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

26 MAY 2015

REGISTRADO
CONTABILIDAD

50 000 002 / 12