

20 CLINICA REGIONAL TEJUPILCO

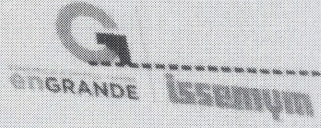
COMITÉ MIXTO DE CAPACITACION  
EVALUACION MENSUAL DE PROGRAMAS  
CAPACITACION PARA EL DES



Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Coordinación de Finanzas - Dirección de Finanzas y Planeación  
Subdirección de Finanzas - Departamento de Control del Egreso

PAGAR

17 MAR 2015



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Saula Galindo González</i>	NIVEL: 8	FECHA: 17/03/15
UNIDAD MEDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Sub dirección de Salud</i>	RANGO: 2	IMPORTE: \$ 120

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))  
*Me voy a hacer muestras de Tamiz al Centro Nacional de Equidad Género y Salud reproductiva en México D.F.*

MODALIDAD DE TRANSPORTE

TRANSPORTE PÚBLICO

VEHÍCULO OFICIAL  VEHÍCULO PROPIO

GASOLINA:  Con  Sin

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  
*Saula Galindo González*

FIRMA DE AUTORIZACIÓN  
*Dr. Hugo A. Corona Sánchez*

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

