

**VIATICOS EVENTUALES**



Instituto de Seguridad Social del Estado de  
Mexico y Municipios  
coordinacion de finanzas



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Ma. Guadalupe Montañón Rojas</i>	NIVEL: <i>23</i>	FECHA: <i>07/10/16</i>
	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: <i>\$207</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Cuernavaca</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Acudir a la Cd. de Toluca a trámite de documentación oficial</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:	Km. INIC:	CON GASOLINA
PARTICULAR: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. FINAL:	SIN GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACION	
<i>Ma. Gpe. Montañón Rojas</i>	<i>[Signature]</i>	

NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO