

VIATICOS EVENTUALES



GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO

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



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Teresa Sanchez Monroy</i>	NIVEL: <i>19</i> RANGO: <i>2</i>	FECHA: <i>11/oct/16</i> IMPORTE: <i>207.00</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Zumpango</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Entrega de documentacion a diferentes departamentos</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:	Km. INIC:	CON GASOLINA
PARTICULAR: <i>X</i>	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA <i>X</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Teresa Sanchez Monroy</i>		FIRMA DE AUTORIZACION

PAGADO

OCT 2016

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