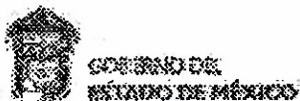


5

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>Rocio Aula Garcia</i>	NIVEL: <i>B</i>	FECHA: <i>07-11-15</i>
	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: <i>207.80</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Zumpango</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S), DESTINO (S) <i>Entrega de documentacion original en la Ciudad de Toluca en oficinas Contratacion</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:	Km. INIC:	CON GASOLINA
PARTICULAR: <i>x</i>	Km. FINAL:	SIN GASOLINA <i>x</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACION	
<i>Rocio Aula Garcia</i>	<i>[Signature]</i>	

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