

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Santya Cumbre Nolasca

NIVEL:

4

FECHA:

23-6-15

RANGO:

2

IMPORTE:

106.30

UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION JUN 2015

Hospital Regional Zumbales

JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)

Mezcla Documentacion @ Escuela a. Oficinas

MODALIDAD DEL TRANSPORTE:

OFICIAL:

Km. FINAL:

202 518

CON GASOLINA

SIN GASOLINA

PARTICULAR:

202 811

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Santya Cumbre Nolasca

FIRMA DE AUTORIZACION

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

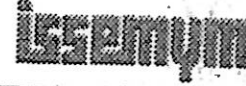
50 000 002/ 11

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	NIVEL:	FECHA:
Esperanza Guadalupe Hernandez Gonzalez	04	23-06-2015
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:	GRANCO 2	IMPORTE: 106.30
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: 25 JUN 2015		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)		
Auditoria ciudad de Tonca al director de Medicamentos 00		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> K.M. INIC. <input type="checkbox"/> CON GASOLINA		
OFICIAL:	202518	
PARTICULAR:	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA
	202811	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION
Esperanza Guadalupe Hernandez Gonzalez		
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		

# 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	NIVEL: 01	FECHA: 23-06-2015
Esperanza Guadalupe Hernandez Gonzalez	GRANCO 2 JUN 2015	IMPORTE: 106.30
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:		
JUSTIFICACION MOTIVOS, DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Acudir a la ciudad de Toluca al <del>compras</del> <b>PAGADO</b> de medicamentos por biologico.		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> K.M. INIC.		CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
OFICIAL:	202518	
PARTICULAR:	K.M. FINAL: 202811	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACION	
Esperanza Guadalupe Hernandez Gonzalez		
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		