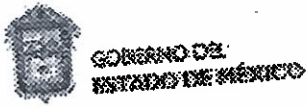


# VIATICOS EVENTUALES

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



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE			
NOMBRE DEL SOLICITANTE <b>Silvia Ramirez Montes</b>	NIVEL: <b>03</b>	FECHA: <b>03-07-15</b>	
	RANGO: <b>2</b>	IMPORTE: <b>\$207.80</b>	
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <b>Hospital Regional Zumpango</b>			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO(S) <b>Asistir al auditorio del Hospital Regional Toluca al "curso de clinica de heridas en el primer nivel de atención"</b>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL:	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
PARTICULAR: <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>Silvia Ramirez Montes</b>		FIRMA DE AUTORIZACION 	

03 JUL 2015