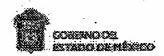
## PARTIDA 3751

## VIATICOS EVENTUALES



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



PAGO DE VIATION	COS POR	FOND	O REVOL	VENTE	
NOMBRE DEL SOLICITANTE	,	NIVEL:	10	FÈCHA:	3-07-1
A/FOCES DE AUGOLE Z/ UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:		RANGO:	2	IMPORTE 5	07.80
H050/10/1/2	010000	12	v reifo	reed or	
JUSTIFICACION MÓTIVOS DEL VIAJE FECH Caset vales es	A (S) DESTIN	O(S)	201021 60701	reof	ci'u01
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL:	Km. INIC:			CON GASOLIN	A
PARTICULÀR:	K.M. FINAL:			SIN GASOLINA	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE FIRMA DE AUTORIZACION					N /
Alexand 28 & Du	poir W				
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE L	)		O ESTOS AL REVER	SO EN ORDEN CONSE	силио
					50 000 002/ 11