

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:
<i>Alejandro R. Anguero V.</i>		<i>10</i>	<i>17-07-15</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:		RANGO:	IMPORTE:
<i>Hospital Regional Zumpango</i>		<i>2</i>	<i>\$ 106.30</i>
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)			
<i>llevar la correspondencia a oficinas centrales en la Ciudad de Toluca</i>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL:	<i>209754</i>	<i>X</i>	
PARTICULAR:	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA	
	<i>205021</i>		
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
<i>Alejandro R. Anguero V.</i>		<i>[Signature]</i>	

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

M 17 JUL 2015

PACABO