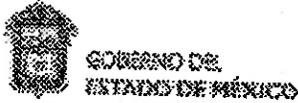


PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

(11)

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL:	FECHA:
Santiago Gonzalez Nolasco UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL Regional Zapala		4	10-11-15
		RANGO: 2	IMPORTE: 106.000
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) para Documentacion de Fin. a Oficinas Control + C.I.U.C.			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:		CON GASOLINA	
OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>		✓	
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>		SIN GASOLINA	
		K.M. FINAL: 816914	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Santiago Gonzalez Nolasco			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			

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>Rosio Aulia Garcia</i>	NIVEL: <i>15</i>	FECHA: <i>20-11-15</i>
	RANGO: <i>Z</i>	IMPORTE: <i>4106.30</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Zumpango</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA Y DESTINO (S) <i>Entrega de documentacion PACADO Planas de Teloca</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. INIC: <i>216160</i>	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL: <i>216414</i>	SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Rosio Aulia Garcia</i>	FIRMA DE AUTORIZACION <i>[Signature]</i>	

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