

VIATICOS EVENTUALES



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

Instituto de Seguridad Social del Estado de
México y Municipios
coordinación de finanzas



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Rosalio Moreno Delgado</i>	NIVEL: <i>10</i>	FECHA: <i>11-12-15</i>
	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: <i>\$106.30</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Zumpango</i>		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA(S) DESTINO(S) <i>llevar documentación a oficinas centrales en la ciudad de toluca</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. INI: <i>218064</i>	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> <i>11 DIC 2015</i>
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	K.M. FINAL: <i>218924</i>	SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Rosalio Moreno Delgado</i>		FIRMA DE AUTORIZACION
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO		

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Rocio Aola Garcia</i>		NIVEL: <i>15</i>	FECHA: <i>11-12</i>
		RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: <i>\$106.50</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Zumpango</i>			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Entrega de documentacion oficial en la Ciudad de Toluca</i>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	<i>218661</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
	<i>218921</i>	<input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
<i>Rocio Aola Garcia</i>		<i>[Signature]</i>	

PAGADO
11 DIC 2015

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

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 18	FECHA: 11-12-15
Dra. Berenice Diaz Hidalgo		RANGO: 2	IMPORTE: 106.30
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zumpango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) DESTINO (S) Entrega de documentacion en oficinas centrales			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL: X	218661	X	
PARTICULAR:	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA	
	218721		
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Dra. Berenice Diaz Hidalgo			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			

PAGADO

DIC. 2015