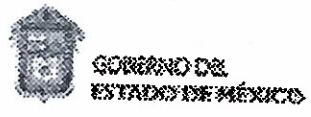


## VIATICOS EVENTUALES



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



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Hilona Jimenez Garcia</i>	NIVEL: <i>5</i>	FECHA: <i>24/11/15</i>
UNIDAD MEDICA ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Tzucupango</i>	RANGO: <i>2</i>	IMPORTE: <i>106.30</i>
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESDE HASTA <i>Recogida biologica al almuerzo de la escuela</i> <i>24 NOV 2015</i>		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. INIC: <i>216423</i>	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL: <i>216812</i>	SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Hilona Jimenez 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

## VIATICOS EVENTUALES

GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICOInstituto de Seguridad Social del Estado de  
Mexico y Municipios  
coordinación de finanzas

ISSSEMEX

## PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL:	FECHA:
<i>Santiago Cervera Nolas</i>		4	24-11-15
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION:		RANGO:	IMPORTE:
<i>Hospital General Empor</i>		2	106.30
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S)			
<i>Para documentar gastos a oficinas controladas Toluca</i>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL:	916423	NOV 2015	
PARTICULAR:	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA	
	916812	PAGADO	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
<i>Santiago Cervera Nolas</i>		<i>[Signature]</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			