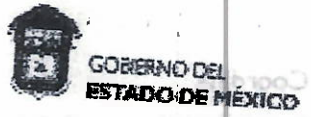


VIATICOS EVENTUALES

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



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE			
NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 10	FECHA: 16-12-16
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION		RANGO: 2	IMPORTE: \$207.00
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Hospital Regional 2 de agosto llevar documentación a oficinas centrales en la Ciudad de Toluca			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:		Km. INIC:	CON GASOLINA
OFICIAL:			
PARTICULAR:	X	Km. FINAL:	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
[Firma] Alejandro D. Aguilar		[Firma]	

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