



Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Coordinación de Finanzas



### PAGO DE VIATICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |  |  |                                   |
|---|--|--|-----------------------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Vista Hugo Ramirez Suarez</i>   |  | 2/ NIVEL:  | 3/ FECHA:<br><i>27 - Nov - 17</i> |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><i>Unidad de Comunicación Social</i>   |  | 4/ RANGO:  | 5/ IMPORTE: \$<br><i>140.00</i>   |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)<br><i>Cobertura gira de trabajo del C. Director Alberto L. Pereda en Hospital Regional Neocatecinal de ISSEMYM</i> |  |  |                                   |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR  |  | 9/ Km. INICIAL<br><i>56985</i>   | 10/ CON GASOLINA                  |
| No. DE MATRICULA:<br><i>MT11779</i>   |  | 12/ Km. FINAL<br><i>57152</i>  | 11/ SIN GASOLINA                  |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:<br><i>Vista Hugo Ramirez Suarez</i>  |  | Firma del Empleado que Recibe:<br><i>Luz Ingrid P. Madrigal Martínez</i> |                                   |

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

Unidad de Comunicación Social

RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO  
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN.

Nombre: *Vista Hugo Ramirez Suarez*

Cargo: *Reportero*

Firma: *[Signature]*

Fecha de Recepción: *27 - Nov - 17*

50 000 002/17

(5)