



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

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



ENGRANDE **issemym**

## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALEJANDRO LEÓN SARAS</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>27/03/17</b>		
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140</b>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD</b>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <b>TRASLADO O PERSONAL ADMINISTRATIVO</b>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>121980</b>	10/ CON GASOLINA <b>X</b>	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <b>MEU 3235</b>		12/ Km. FINAL <b>122129</b>	<b>PAGADO</b>		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBIÓ		14/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE AUTORIZA			
<b>ALEJANDRO LEÓN SARAS</b>		<b>LIC BERTHA DEL CARMEN SANCHEZ CU</b>			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					