



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>DEJONMO LEON SARAZ</i>		2/ NIVEL: <i>20</i>	3/ FECHA: <i>15.05.17</i>
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>COORDINACION A SERVICIOS A SALUD</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>TRASLADO A HOSPITAL REGIONAL TLAHUAC</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>117792</i>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>MTIR 1392</i>		12/ Km. FINAL <i>117925</i>	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>DEJONMO LEON SARAZ</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>LIC BERTHA DEL C. SANCHEZ GARCIA</i>	

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