



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

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

G
enGRANDE **issemym**

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: DEYONORO LEÓN SARAS		2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 6/6/17
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 280-
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN A SEAV. D. SALUD			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) + TRATADO O PERSONAL MÉDICO AL HOSPITAL REGIONAL TLAQUEPANTLA			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 127320	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: MEU 323S		12/ Km. FINAL 127490	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE EMPLEADO QUE RECIBE: DEYONORO LEÓN SARAS		FIRMA DE AUTORIZACIÓN: LIC BERTHA O CARMEN SANCHEZ G.	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

PAGADO