



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

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



ENGRANDE

## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>Alejandro León Sarras</b>	2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>26/07/19</b>
	4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140</b>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

**COORDINACIÓN D SERV. D SALUD**

**PAGADO**

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) **Traslado de personal a Hospital Regional A Tlaconulco**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <b>180940</b>	10/ CON GASOLINA <b>V</b>	11/ SIN GASOLINA
	No. DE MATRICULA: <b>MEV-3235</b>		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>Alejandro León Sarras</b>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>LIC. BERTHA G. SANCHEZ GARCIA</b>
---	---

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