

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:	2/ NIVEL:	11	3/FECHA: 30-08/17
	4/ RANGO	: ,	S/IMPORTE: \$
cesar scrudo Castellanos			1-10
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - AL	MINISTRATIVA DE A	DSCRIPCIÓN:	
Delegacion administrativa 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S)	de la cordin	inclou go:	Eer victos de 20107
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S)	Y DESTINO (S)		
Transporte Se personal A	consultorio	Temuscal	1
	9/ Km. INICIAL	10 MOS COL	
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		10/ CON GASOL	INA 11/ SIN GASOLINA
M OFICIAL ☐ PARTICULAR	183442		
No. DE MATRICULA:	12/ Km. FINAL		
MEV 3206	183643	X	
13/ NOMBRE COMPRETO Y FIRMA DELEMBLEADO	QUE RECIBE	3 14/4	FIRMA DELAUTORIZACIÓN A
The state of the s	Company of the second s	September 2 to 1 to	CD (C) (Analysis (Analysis) (C) (C) (C) (C) (C) (C) (C) (C) (C) (C
A			
2 : 5 1 1:	9	Bertha &	el carmen Sunches Golfly
gras Cosos Castellanos	1415	bertha	Courses any Cuits Orachid
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER E	L SELLO DE LA UNIDAD QU	E VISITÓ, REGISTRANDO	ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

50 000 002/17