



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: ARZONARDO LEON SARAS | 2/ NIVEL: 20 | 3/ FECHA: 21 Nov 17 |
| | 4/ RANGO: 4 | 5/ IMPORTE: \$ 140 |

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
COORDINACIÓN A SERVICIO DE SALUD

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) **mandado de personal medico a su PZUACION**

| | | | |
|--|--------------------------------------|------------------|------------------|
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | 9/ Km. INICIAL 139 150 | 10/ CON GASOLINA | 11/ SIN GASOLINA |
| | No. DE MATRICULA: NEV 3289 | | |

| | |
|---|--|
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: ARZONARDO LEON SARAS | FIRMA DE AUTORIZACIÓN: BETHA Ñ CARMEN SANCHEZ GARCIA |
|---|--|

PAGADO

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