



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

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



ENGRANDE **issemyn**

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL: 11

3/ FECHA:

30 Oct 17

4/ RANGO: 2

5/ IMPORTE: \$

140

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

Delegación Administrativa de la CSS

PAGADO

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

Supervisión a la Clínica de Consulta Externa Tiquipilco

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

366432

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

DE MATRICULA:

LRM-1166

12/ Km. FINAL

366702

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO PAGADO

Gabriel Placido de la Cruz

Hic. Berthodet C. Sánchez García

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ REGISTRANDO