



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: <i>Rocio Salinas Rafael</i>		2/ NIVEL: <i>2</i>	3/ FECHA: <i>27/Marzo/17</i>
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.00</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Atención en Enfermería</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervisión en el área de enfermería en el Programa de Clínica de Salud</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>31266</i>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>NAS1013</i>		12/ Km. FINAL <i>31487</i>	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Rocio Salinas Rafael</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Gloria Martínez Zepeda</i>	

PAGADO

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