



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:

*Benjamin Garduño Garduño*

2/ NIVEL:

*11*

3/ FECHA:

*27/14/17*

4/ RANGO:

*2*

5/ IMPORTE: \$

*280.00*

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

*Departamento en Enfermería*

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

*Traslado de personal de enfermería  
Juarez a reunion*

**PAGADO**  
*al Hospital*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

*173158*

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

*MEU 3206*

12/ Km. FINAL

*173353*

*Si*

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

*[Signature]*

*Benjamin Garduño Garduño*

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

*[Signature]*  
*[Signature]*  
*[Signature]*

*TIC Gloria Martínez Zepeda*

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

50 000 002/17

0 035 /

XTRA  
SALIR