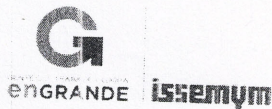




GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

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



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL:

23

3/ FECHA:

15/08/2017

4/ RANGO:

2

5/ IMPORTE: \$

140

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

Subdirección de Atención Médica

PAGADO

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

Asistió a la Clínica de Consulta externa de Ecatepec para verificar trámites de Aviso de Funcionamiento y Responsable

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

4700

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

NAS-10-19

12/ Km. FINAL

4823

SI 3/4

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

[Handwritten signature]

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

[Handwritten signature]

Delanda Augusta Reynosa Contreras

Dra. Alma Edith Severiano Sánchez

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