



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>Cesar Damian Caydo Castellanos</i> | | 2/ NIVEL: <i>11</i> | 3/ FECHA: <i>29/8/17</i> |
| NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de atención Médica</i> | | 4/ RANGO: <i>1</i> | 5/ IMPORTE: \$ <i>140</i> |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Transporte de personal a clínica de consulta externa de villa victoria</i> | | PAGADO | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | 9/ Km. INICIAL <i>125227</i> | 10/ CON GASOLINA | 11/ SIN GASOLINA |
| Nc. DE MATRICULA: <i>MFR1392</i> | 12/ Km. FINAL <i>125334</i> | <i>X</i> | |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Cesar Damian Caydo Castellanos</i> | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>Dr. Alma Edith Serrano Sanchez</i> | |

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