



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: <i>Silvia Cruz Romero</i>		2/ NIVEL: <i>4</i>	3/ FECHA: <i>8-12-17</i>		
		4/ RANGO: <i>2</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 al área de Enfermería H.R. Tenancingo</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA		12/ Km. FINAL	<b>PAGADO</b>		
13/ NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Silvia Cruz Romero</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Gloria Martínez Zapeda</i>			

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