

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Maria Guadalupe Martínez Maurique</i>		2/ NIVEL: <i>21</i>	3/ FECHA: <i>23-02-2017</i>
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: <i>\$100.00</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Clinica de consulta externa coacalco</i>			
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Reunión de trabajo del programa de "Salud Bucal"</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>32951</i>	10/ CON GASOLINA <input type="checkbox"/> SIN GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
11/ NÚM. DE MATRÍCULA: <i>HTV-6914</i>		12/ Km. FINAL <i>33187</i>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Maria Guadalupe Martínez Maurique</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Miguel Ángel Rodríguez Corona</i>	

NO TRÁ TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL VOUCHER EN LA UNIDAD QUE VISITÓ REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

50 000 023/17

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA  
COACALCO  
ISSEMYM  
23 FEB 2017  
**PAGADO**

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO

ISSEMYM

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

RECIBI DIER VIO SERVICIO  
POR ESTE DOCUMENTO A...

NOMBRE: *Maria Guadalupe Martínez M.*

CARGO: *Odontólogo*

FIRMA: *[Signature]*

FECHA DE PERCEPCIÓN: *23-02-17*

43301

203F