

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2/ NIVEL	3/ FECHA
Molina Ibarra Cynthia		4	23-02-2017
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:		4/ RANGO	5/ IMPORTE \$
Clínica de Consulta Externa Coacalco		2	100
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Recepción Biológico Almacén Toluca			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		78209	11/ SIN GASOLINA
12/ NÚMERO DE MATRÍCULA		12/ Km. FINAL	
MSW3015		78910	<input checked="" type="checkbox"/>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Cynthia Molina Ibarra		Néctor Arturo Rodríguez Galván	


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

30/030/007/17

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
COACALCO

PAGADO
ISSSEMAYM
23 FEB 2017

[Handwritten signature]


GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO
SERVICIO AMPARADO
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN

NOMBRE: Cynthia Molina Ibarra
CARGO: Enfermera Especialista
FIRMA: [Handwritten Signature]
FECHA DE PERCEPCIÓN: 23-02-2017

43301