

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA**

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Cynthia Molina Ibarra</i>		2/ NIVEL: <i>4</i>	3/ FECHA: <i>19-05-17</i>
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100</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>Recepcion Biológico Almacen Toluca</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>133036</i>	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>NBK5070</i>		12/ Km. FINAL <i>133222</i>	11/ SIN GASOLINA <i>X</i>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Cynthia Molina Ibarra</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dr. Angelce James Niza</i> <i>Jefe de la Administración CEE Coacalco</i>	

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

50 000 002/17

**GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO** **Issemym**

**CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO**

RECIBI BIEN Y/O SERVICIO Y SE PAGO POR ESTE DOCUMENTO

NOMBRE: *Cynthia Molina Ibarra*

CARGO: *Entente Especialista*

FIRMA: *[Signature]*

FECHA DE PERCEPCIÓN: *19-05-17*

2024 43301

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
COACALCO  
**PAGADO**

*[Signature]*