



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Coordinación de Finanzas



EL GRANDE ISSEMYM

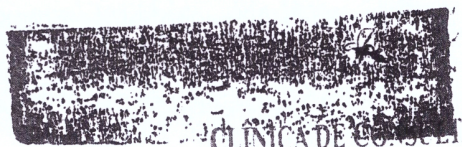
PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Diana Morales del Camino</i>		2/ NIVEL: <i>03</i>	3/ FECHA: <i>19-05-17</i>
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ 100.00
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM COACALCO			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Reunion de Trabajo de Farmacia, en la ciudad de Toluca.</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL: <i>133056</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: <i>NBK5070</i>	12/ Km. FINAL: <i>133222</i>		<input checked="" type="checkbox"/>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Diana Morales del Camino</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN ANGÉLICA JAIMES NÚÑEZ SUPLENTE DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO	

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



19 MAY 2017



CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
COACALCO

ISSEMYM
19 MAY 2017
PAGADO

[Handwritten signature]

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

RECIBÍ BIEN VIO SERVICIO
POR ESTE DOCUMENTO

NOMBRE: *Diana Morales del Camino*
CARGO: *Despachada de Farmacia*
FIRMA: *[Signature]*
FECHA DE PERCEPCIÓN: *19-05-17*

43301