

### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Maria de Lourdes Sanchez Sanchez</i>		2/ NIVEL: <i>3-2</i>	3/ FECHA: <i>19 Mayo - 2017</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Clínica de Consulta Externa Coacalco</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Reunión de Farmacia en la Ciudad de Toluca</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA: <i>NBK5070</i>		9/ Km. INICIAL <i>133056</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	
		12/ Km. FINAL <i>133222</i>			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Maria de Lourdes Sanchez Sanchez</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>Suplente Admón Dra. Angelica James Nuñez</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**

**CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO**

REGISTRO EN VIGOR SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN

NOMBRE: *Maria de Lourdes Sanchez Sanchez*

CARGO: *Desp. de Farmacia*

FIRMA: *[Firma]*

FECHA DE PERCEPCIÓN: *19/05/17*

203F 43301

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
COACALCO

**P** ISSEMYM **O**

19 MAY 2017

**PAGADO**

*[Firma]*