



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Edana Chávez Xob</i>		2/ NIVEL: <i>17</i> 4/ RANGO: <i>3</i>	3/ FECHA: <i>28-07-17</i>	5/ IMPORTE \$: <b>100.00</b>
6. NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM COACALCO</b>				
7. JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Entrega y Recepción de Documentos en la Cd. de Toluca, Edo de Méx.</i>				
8. MODALIDAD DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>42586</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
12/ DE MATRICULA <i>MUP6662</i>		12/ Km. FINAL <i>42791</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Edana Chávez Xob</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>JOSÉ WALDO CRUZ MONTESINOS</b> 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

SD 000 002/11

X

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO **issemym**

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

RECIBÍ BIEN Y/O SERVICIO APTADO POR ESTE DOCUMENTO A SU ATENCIÓN

NOMBRE: *Edana Chávez Xob*

CARGO: *Analista "B"*

FIRMA: *[Signature]*

FECHA DE PERCEPCIÓN: *28-07-17*

203F 43301

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO  
ISSEMYM  
28 JUL 2017  
**PAGADO**

*[Signature]*