



ESTADO DE MÉXICO

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



GRANDE issemym

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Edub Chávez Xob</i>		2/ NIVEL <i>17</i>	3/ FECHA <i>04-08-17</i>
		4/ RANGO <i>3</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>Entrega y Recepción de Datos en la sede Talca Edo. Méx</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>43.24</i>	10/ CON GASOLINA
11/ NO. DE MATRICULA <i>MUP6662</i>		12/ Km. FINAL <i>43.34</i>	13/ SIN GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Edub Chávez Xob</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN JOSÉ WALDO CRUZ MONTESINOS 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

ED 006 (15/17)

issemym

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

RECIBI DIER Y/O SERVICIO AMPLIADO POR ESTE DOCUMENTO A LA UNIDAD

NOMBRE: *Edub Chávez Xob*

CARGO: *Analista "B"*

FIRMA: *[Signature]*

FECHA DE PERCEPCIÓN: *04-08-17*

203F 43301

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

P ISSEMYM **O**

04 AGO 2017

PAGADO

[Handwritten signature]