

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Cynthia Molina Ibarra</i>		2/ NIVEL <i>4</i>	3/ FECHA <i>28-09-17</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>Recepción biológico Almacén Central Toluca</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km INICIAL <i>127059</i>	10/ CON GASOLINA
11/ N.º DE MATRICULA <i>MFJ9270</i>		12/ Km FINAL <i>127273</i>	13/ SIN GASOLINA <i>X</i>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Cynthia Molina Ibarra</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN MTO. JOSÉ WALDO CRUZ MONTESINOS ADMINISTRADOR 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.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

RECIBÍ DICH VIO SERVICIO APLICADO POR ESTE DOCUMENTO A LA

NOMBRE: *Cynthia Molina Ibarra*
 CARGO: *Enfermera Especialista*
 FIRMA: _____
 FECHA DE PERCEPCIÓN: *28-09-17*

203F 45301

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

ISSEMYM

28 SEP 2017

PAGADO

[Handwritten signature]