

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Eduardo García Beltrán</i>	2/ NIVEL <i>07</i>	3/ FECHA <i>7-Sep-17</i>
	4/ RANGO <i>02</i>	5/ IMPORTE \$ <b>100.00</b>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

**CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM COACALCO**

7/ JUSTIFICACION, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

*Entrega de Documentación Obvional de la Clínica*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE

OFICIAL  PARTICULAR

9/ Km INICIAL

*6366*

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

12/ No. DE MATRICULA

*NBT 1865*

12/ Km FINAL

*6481*

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACION

*Eduardo García Beltrán*

**MTO. JOSÉ WALDO CRUZ MONTESINOS**  
ADMINISTRADOR DE LA CLÍNICA  
DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

NOTA: TERMINADA LA COMISION, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

X

**GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO**

**ISSEMYM**

**CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO**

PAGÓ BIEN Y/O SERVICIO ATENDIDO POR ESTE DOCUMENTO A SEMPREMIAN

NOMBRE: *Eduardo García Beltrán*

CARGO: *Tec. Radiología*

FIRMA: *[Signature]*

FECHA DE PERCEPCION: *7-Sep-17*

203F 43301

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO ISSEMYM

**PAGADO**

07 SEP 2017

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*