



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2/ NIVEL: 3	3/ FECHA: 27/ Octubre/ 17		
4/ RANGO: 2		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) Entregar documentación Oficial en la Ciudad de Toluca					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 44520	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
12/ No. DE MATRICULA MAG3241		12/ Km. FINAL 44690			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>[Signature]</i> Maria de Lourdes Sanchez Sanchez			14/ FIRMA DE AUTORIZACION <i>[Signature]</i> MTRO. JOSÉ WALDO CRUZ MONTESINOS ADMINISTRADOR DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO		

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

50 000 000/1

X

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO **ISSEMYM**

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

RECIBÍ BIEN Y/O SERVICIO APARADO
POR ESTE DOCUMENTO A CONTINUACIÓN

NOMBRE: *Maria de Lourdes Sanchez Sanchez*
CARGO: *Desempleado de Farmacia*
FIRMA: *[Signature]*
FECHA DE PERCEPCIÓN: *27/10/17*

203F 43301

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
COACALCO
ISSEMYM
27 OCT 2017
PAGADO

[Large handwritten signature]