

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Edwardo Chávez Xob</i>	2/ NIVEL: <i>A</i>	3/ FECHA: <i>13/10/2017</i>
	4/ RANGO: <i>3</i>	5/ IMPORTE: \$ <b>100.00</b>

NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

**CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM COACALCO**

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

*Entrega y Recepción de Documentación Oficial en la Cd. de Toluca, Edo de Méx.*

MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>226670</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
DE MATRÍCULA <i>MEV3211</i>	12/ Km. FINAL <i>226898</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Edwardo Chávez Xob</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>MTRO. JOSÉ WALDO CRUZ MONTESINOS</b> ADMINISTRADOR DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO
--	--

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

ES 002/2017

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
COACALCO  
ISSEMYM  
13 OCT 2017  
**PAGADO**

	GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO		
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN		
NOMBRE:	<i>Edwardo Chávez Xob</i>	
CARGO:	<i>Analista "B"</i>	
FIRMA:	<i>[Signature]</i>	
FECHA DE PERCEPCIÓN:	<i>13-Oct-2017</i>	
203F		43801

*[Handwritten signatures and scribbles]*