



GOBIERNO DEL
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>Maria de Lourdes Sanchez Sanchez</i>		2/ NIVEL: <i>3</i>	3/ FECHA: <i>10/ octubre /17</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>		
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 de documentación oficial en la Ciudad de Toluca.</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>4350</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <i>NEP4187</i>		12/ Km. FINAL <i>4547</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Maria de Lourdes Sanchez Sanchez</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: 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

ES-000-00077

ISSEMYM

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

RECIBIENDO SERVICIO AFERENTE
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN

NOMBRE: *Maria de Lourdes Sanchez Sanchez*

CARGO: *Desp. de Farmacia*

FIRMA: *[Signature]*

FECHA DE PERCEPCIÓN: *10/Oct./2017*

43301

203F

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
COACALCO
ISSEMYM
10 OCT 2017

PAGADO

[Signature]

[Signature]