

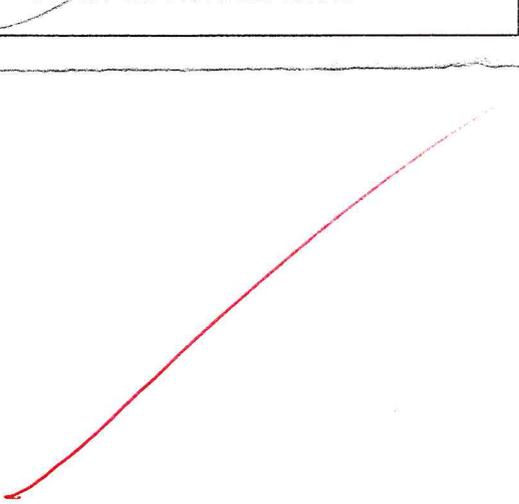


Gobierno del Estado de México  
 Instituto de Seguridad Social del Estado de México y  
 Municipios  
 Dirección De Finanzas y Planeación  
 Subdirección de Finanzas – Depto. de Control de Pagos



99

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE	
NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Saulo Galindo González</i>	FECHA: <i>05/08/16</i> IMPORTE: <i>106</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Dirección General</i>	PAGADO <i>05 ABO 2016</i>
JUSTIFICACION ( MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) : <i>traslado de Personal a la clinica de consulta externa de Huamantla</i>	
NOTA : TERMINANDO LA COMISION, DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTO AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.	MODALIDAD DEL TRANSPORTE :
<i>Saulo Galindo González</i>	<i>Lic. Angelica B. Puga Gonzalez</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN



3751  
 ₱.106.00