



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



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE	
NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Saulo Galindo González</i>	FECHA: <i>23/09/16</i> IMPORTE: <i>106</i>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección General</i>	PAGADO 23 SEP 2016
JUSTIFICACION ( MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) : <i>Traslado de Personal a la Clínica Regional de Coahuatlán 12 calle</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. Angélica Puga González</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE	FIRMA DE AUTORIZACIÓN

3751  
\$ 106.00